

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГАОУ ВПО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет»

Н. В. Третьякова, В. А. Федоров

**КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ:
ТЕОРИЯ И ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Монография

Екатеринбург
РГППУ
2014

УДК 371.7
ББК Ч400.55

Т66

Третьякова, Наталия Владимировна.

Т66 Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения: монография / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 208 с.
ISBN 978-5-8050-0553-5

Представлены результаты исследования по разработке и научному обоснованию теории и технологии обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, отражающих совокупность теоретико-методологических, содержательно-процессуальных и организационно-педагогических положений и их апробирования в ходе опытно-поисковой работы.

Книга предназначена для руководителей и педагогов образовательных организаций, студентов педагогических вузов и колледжей.

УДК 371.7
ББК Ч400.55

Рецензенты: д-р пед. наук, проф. В. Н. Ирхин (ФГБОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»); д-р пед. наук, проф. З. И. Тюмасева (ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет»); чл.-кор. Рос. акад. образования, д-р психол. наук, проф. Э. Ф. Зеер (ФГАОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»)

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и правительства Свердловской области в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности» № 14–16–66019

ISBN 978-5-8050-0553-5

© ФГАОУ ВПО «Российский
государственный профессионально-
педагогический университет», 2014

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Качество здоровьесберегающей деятельности как социально-педагогическая проблема	15
1.1. Сущность здоровьесберегающей деятельности. Основные понятия.....	15
1.2. Здоровьесберегающая деятельность образовательных организаций: современное состояние и проблемы	31
1.3. Качество здоровьесберегающей деятельности как предмет педагогического исследования.....	37
Глава 2. Здоровьеориентированная деятельность обучающихся как показатель качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	49
2.1. Здоровьеориентированная деятельность обучающихся как системообразующий фактор здоровьесберегающей деятельности образовательной организации	49
2.2. Теоретические аспекты формирования готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности	53
2.3. Модель готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности	59
Глава 3. Научно-методическое и технологическое обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	70
3.1. Качество здоровьесберегающей деятельности как сложный системный объект управления	70
3.2. Системные основания реализации инновационных факторов управления качеством здоровьесберегающей деятельности	76
3.3. Структурно-функциональные преобразования, нацеленные на обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности	84
3.4. Возможности применения процессного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности.....	94

Глава 4. Опытнo-поисковая работа по реализации технологии обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности.....	107
4.1. Организационно-педагогические условия обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций	107
4.2. Технологические особенности совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций	131
4.3. Анализ комплексной оценки эффективности организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	157
Заключение.....	192
Библиографический список.....	195

Введение

Сегодня в условиях устойчивого снижения уровня здоровья детей, подростков и учащейся молодежи на образование как на целостную структуру, обеспечивающую социализацию личности, возложена задача сохранения здоровья подрастающего поколения. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации (РФ) на период до 2020 г., Национальной доктриной развития образования в РФ на период до 2025 г., Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, Концепцией духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России (2009), Государственной программой РФ «Развитие образования на 2013–2020 гг.» от 15 мая 2013 г. № 792-р, Федеральными требованиями к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников (от 28 декабря 2010 г. № 2106), Национальной образовательной инициативой «Наша новая школа», указом Президента РФ «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.» от 1 июня 2012 г. № 761, государственной программой РФ «Развитие образования» на 2013–2020 гг., Болонской декларацией, федеральными государственными образовательными стандартами дошкольного, общего и профессионального образования и другими законодательными актами именно образование призвано формировать и развивать духовно-нравственный, психологический и физический компоненты здоровья, компетенции безопасного и здорового образа жизни у обучающихся.

Сегодня накоплен значительный опыт здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций на всей территории РФ. В числе основных направлений данной деятельности можно выделить следующие.

Санитарно-гигиеническое направление – соблюдение требований санитарно-гигиенических норм в отношении условий организации образовательного процесса: проектирование и строительство образовательных организаций; создание условий для полноценного питания; соблюдение гигиенических основ физического воспитания; наличие полноценного санитарно-технического оборудования; рациональное нормирование учебной нагрузки, режима дня и др. (Г. Л. Апанасенко, В. Ф. Базарный, А. А. Баранов, В. Р. Кучма, С. В. Попов, Л. М. Сухарева, И. Ш. Туаева, В. М. Чимаров и др.).

Лечебно-профилактическое направление – использование в условиях образовательной организации комплекса психотерапевтических, физио-, арома-, фитопроцедур, лечебной физической культуры, массажа и др. Реализация данного вектора предусматривает формирование соответствующей медицинской инфраструктуры учреждения, включающей медицинские (физиологические) технологии диагностики, поддержания и укрепления здоровья, фитобары, физиотерапевтические и стоматологические кабинеты и др. (Р. А. Маткинский, Е. А. Перевезенцев, Е. П. Усанова и др.).

Физкультурно-оздоровительное направление – широкое использование средств физической культуры в условиях образовательной организации: увеличение количества уроков физической культуры и использование «малых форм» физической активности; организация занятий физической культурой с учащимися специальной медицинской группы; предоставление возможности обучающимся тренироваться в спортзале, бассейне, на спортивных площадках учреждения во внеучебное время и др. (В. К. Бальсевич, М. Я. Виленский, Л. И. Лубышева, И. В. Манжелей, Л. А. Семенов и др.).

Эколого-валеологическое направление – передача обучающимся знаний о здоровом стиле жизни, о закономерностях становления, сохранения и развития здоровья человека под влиянием факторов среды; формирование экологического сознания, экологической и валеологической культуры в ракурсе глобальных эколого-валеологических проблем окружающей среды и др. (С. Д. Дерябо, Г. П. Сикорская, З. И. Тюмасева и др.).

Организационно-педагогическое направление – формирование здоровьесберегающего образовательного пространства, исключающего или минимизирующего вредные для здоровья воздействия образовательного процесса. Технологическую основу данного направления составляют здоровьесберегающие образовательные технологии – совокупность таких принципов, приемов, методов педагогической работы, которые дополняют традиционные технологии обучения, воспитания и развития задачами здоровьесбережения и др. (Н. П. Абаскалова, В. Н. Ирхин, В. В. Колбанов, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов и др.).

Однако о недостаточной результативности здоровьесберегающей деятельности свидетельствуют статистические данные: уровень детско-подростковой заболеваемости очень высок. Согласно исследованиям,

проведенным независимым институтом социальной политики совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), в условиях социально-экономической нестабильности за последние 10–15 лет в плане состояния здоровья российских детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции: распространение факторов риска, ухудшающих здоровье, увеличение заболеваемости и рост инвалидности. Неуклонный рост заболеваемости детей по всем классам болезней на протяжении последних 20 лет констатирует и Федеральная служба государственной статистики (ФСГС). Так, за период 1990–2011 гг. общий рост заболеваемости детей в возрасте до 14 лет составил 68,4 %: 1990 г. было зарегистрировано 113 524,8 случая на 100 000 детей, в 2011 г. – 191 265,3.

Ежегодно по состоянию здоровья до 30 % юношей в возрасте 17–18 лет признаются негодными к военной службе. Основные причины этого: заболевания костно-мышечной системы – 18,8 %, психические расстройства – 15,1 %, заболевания органов пищеварения – 10,5 %, нервной системы – 9,4 %.

Важно отметить, что основные темпы роста заболеваемости и инвалидности приходятся на период обучения (А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Р. А. Маткивский, Г. Г. Онищенко и др.), при этом особенно высокими темпами увеличивается распространенность именно «школьно-обусловленных» нарушений здоровья: болезни органов пищеварения, нервной и костно-мышечной систем. Фиксируется рост у российских детей и подростков психических расстройств и расстройств поведения.

В структуре населения России дети в возрасте до 18 лет составляют почти треть. И 29 млн – это дети, посещающие образовательные организации, в том числе немногим более 15 млн – школу. Образовательные организации – единственная система общественного воспитания, охватывающая в течение продолжительного времени всю детско-подростковую популяцию. Большую часть дня (более 70 % времени) учащиеся проводят в стенах данных учреждений. Вместе с тем, время обучения совпадает с чрезвычайно напряженным периодом роста и развития детей, морфофункциональных перестроек, когда организм наиболее чувствителен к воздействию благоприятных и неблагоприятных факторов окружающей среды.

Исследователями определено, что современная образовательная среда предъявляет высокие требования к обучающимся, зачастую превышающие их психофизиологические возможности, и, таким образом,

может способствовать развитию заболеваний, т. е. являться фактором риска для здоровья. До 40 % детско-подростковой патологии специалисты связывают с влиянием именно факторов, имеющих связь с образовательным процессом (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко, Н. Б. Панкова, В. Д. Сонькин и др.), когда условия воспитания и обучения в образовательной организации оцениваются как умеренно опасные и нормативным требованиям не отвечающие (И. Г. Муртазин, И. Ш. Туаева, Е. П. Усанова и др.).

К невыполнению требований следует также отнести несформированность у обучающихся потребности ведения здорового образа жизни – это основной фактор риска. Так, исследования показали, что выпускники образовательных организаций, обладая нормативным объемом и достаточным уровнем знаний в вопросах обеспечения и охраны здоровья, зачастую не способны успешно реализовывать их на практике. Причинами такого положения служат недостаточность опыта деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья, низкий уровень мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего сберегающего здоровье потенциала, на организацию собственного здорового образа жизни. В целом, можно судить об уровне эффективности здоровьесберегающей деятельности как недостаточном. Соответственно, своевременным становится поднятие вопроса о качестве данного вида деятельности образовательных организаций.

Будучи одним из элементов качества образования, а значит, системой более низкого порядка, качество здоровьесбережения вбирает в себя компоненты системы высшего порядка, отражая и преломляя их в соответствии со спецификой своих целей и результатов. В структурном плане оно может характеризоваться как совокупность элементов, обеспечивающих успешную реализацию здоровьесбережения. Его пространство включает цели и содержание образовательного процесса (валеологические программы), субъектов здоровьесбережения (обучающихся и их родителей, педагогических и социальных работников, психологов и т. п.) и способы образовательных процессов (здоровьесберегающие методы и технологии). Кроме того, качество здоровьесберегающей деятельности складывается из качества нормативно-целевых документов и образовательных программ. Все названные элементы имеют свой состав свойств и качество (уровень) этих свойств, поэтому правомерно вести речь о сосуществовании разнообразных подсистем качества, имеющих в своей основе разную природу.

Обеспечение качества здоровьесбережения, как и качества образования в целом, связано с развитием потенциала личности и способности образовательной системы удовлетворять имеющиеся требования потребителей (прежде всего, обучающихся, их родителей и педагогических работников, наряду с государством и обществом в целом) в отношении охраны здоровья обучающихся при минимальном использовании ресурсов и постоянном улучшении результатов.

Единство национальной образовательной политики, ее нормативно-правового обеспечения и механизмов практической реализации требует разработки единых методологических подходов и методических рекомендаций к обеспечению качества деятельности образовательных организаций в области охраны и укрепления здоровья обучающихся. Отдельные попытки создать такую методологическую базу и методические рекомендации на уровне медико-профилактического сопровождения и санитарно-гигиенического обеспечения образовательного процесса существуют (ст. 37, ст. 41, ст. 42 Федерального закона РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ; приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» от 30 июня 1992 г. № 186/272; Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ; Санитарные правила и нормы (СанПиН) 2.4.1.3049–13; СанПиН 2.4.2.2821–10; приказ Министерства образования РФ «Об утверждении Примерного положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» от 15 мая 2000 г. № 1418 и др.). Однако все это нельзя признать эффективным решением проблемы, поскольку данные документы, в целом, не прописывают регламент необходимого взаимодействия специалистов различных ведомств по обеспечению комплексного решения здоровьесберегающих задач, не описывают процедуру целостной оценки здоровья обучающихся, но главное – не дают рекомендаций по формированию личностной позиции в отношении к здоровью и здоровому образу жизни обучающихся. Следует констатировать, что в целом содержание, условия и механизмы обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности не обозначены: целевые ориентиры здоровьесбережения требуют пересмотра с учетом требования

направленности, прежде всего, на качество данного вида образовательной деятельности; определение содержания деятельности предполагает выявление ряда унифицированных направлений не только по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, но и по формированию у них готовности к здоровьеориентированной деятельности (здесь готовность понимается как субъективное состояние, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье); для реализации направлений здоровьесбережения необходимо определить и обеспечить соблюдение соответствующих педагогических условий, учитывающих требования внешней и внутренней среды образовательной организации; обеспечение достижения целевых ориентиров, создания и поддержания должных педагогических условий и эффективная реализация направлений здоровьесбережения предполагают разработку определенных организационно-управленческих механизмов универсального характера, учитывающих возможности образовательной организации любого типа и любого уровня развития.

Очевидно, что обеспечение качества здоровьесбережения является важной государственной и научно-педагогической задачей, проблемой, актуальной для теории и практики образования. В связи с этим разработка и научное обоснование концептуальных основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций представляются необходимыми и своевременными.

К настоящему времени в науке сложились теоретические предпосылки решения обозначенной выше проблемы.

Сегодня во многих исследованиях рассматриваются вопросы охраны и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса. Подходы к пониманию здоровья, причин и механизмов его формирования, сохранения и укрепления, а также диагностики и мониторинга рассмотрены в работах Р. И. Айзмана, Г. Л. Апанасенко, И. И. Брехмана, Э. М. Казина, В. П. Казначеева, В. В. Колбанова, Л. А. Семенова, З. И. Тюмасевой, Д. З. Шибковой, А. Г. Щедриной и др. Вопросы формирования психического и нравственного компонентов здоровья – в трудах Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Базарного, Е. П. Ильина и др. Теории поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья на уровне отдельной личности рассматривали И. Айзен, А. Бандура, Р. А. Березовская, Н. Левентал, М. Маккормик, Р. Мосс-Моррис, Г. С. Ни-

кифоров, И. Розенстон, М. Цукерман и др. Аспекты формирования валеологической культуры, здоровьесберегающего и здоровьесозидающего поведения отражены в научных работах Э. Н. Вайнера, А. Г. Маджуги, Н. Н. Малярчук, Т. М. Резер, Л. Г. Татарниковой и др. Конкретные психолого-педагогические технологии формирования осознанного отношения к собственному здоровью представлены в работах В. А. Ананьева, Р. А. Березовской, Г. С. Никифорова и др. Н. П. Абаскалова, В. К. Бальсевич, М. М. Безруких, Г. К. Зайцев, Л. И. Лубышева, Н. Н. Манжелей, Л. М. Митина, Т. Ф. Орехова, Н. М. Полетаева, Т. М. Резер, С. Г. Сериков, Г. П. Сикорская, Н. К. Смирнов, Л. Г. Татарникова, З. И. Тюмасева и др. исследуют особенности валеологического содержания образования, в том числе через физическую и экологическую культуру, раскрывают практику внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс. С учетом идей системного и комплексного подходов Э. М. Казиным, В. В. Колбановым и др. рассматриваются вопросы организации здоровьесберегающей деятельности в учебных заведениях. В работах В. А. Вишневого, Н. А. Голикова, Е. А. Демина, В. Н. Ирхина, В. Р. Кучмы и др. представлено организационное направление здоровьесберегающей деятельности – речь идет о валеологических службах и школах здоровья.

Современные научные разработки служат основой для построения целостной теории обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций. Однако следует отметить отсутствие на сегодняшний день единых подходов к выделению направлений и определению содержания данной деятельности. Не существует и развитой инфраструктуры организационных форм здоровьесбережения. В образовательных организациях данный вид деятельности внедряется достаточно сложно и различается по своим целевым ориентирам и задачам. Можно отметить, что в целом вопросы повышения или обеспечения качества здоровьесбережения, а также управления им (как системой и процессом, в соответствии с теорией управления качеством образования) как таковые не ставились и, как следствие, не были всесторонне изучены.

Изучение проблемы качества здоровьесберегающей деятельности предполагает ее анализ на методологическом, теоретическом и практическом уровнях. Поскольку прямых указаний в педагогической нау-

ке на наличие данных исследований нами не обнаружено, возникает необходимость разработки теоретико-методологических основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, что позволит получить новый совокупный результат, внедрение которого в практику повысит эффективность здоровьесберегающей деятельности и, таким образом, в перспективе окажет положительное влияние как на уровень состояния здоровья обучающихся, так и на развитие системы образования в целом.

Анализ состояния проблемы обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности, изучение опыта работы образовательных организаций в этом направлении позволили обнаружить противоречие между потребностями личности и общества в повышении эффективности и качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций и возможностями системы образования по удовлетворению данных потребностей, что связано с недостаточной разработанностью целостных теоретико-методологических основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности в условиях функционирования современных образовательных организаций.

Потребности общества, современного образования, самих обучающихся в сохранении и укреплении здоровья, выявленное противоречие позволили сформулировать проблему исследования: разработка, определение теоретико-методологических основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Цель исследования заключается в разработке концептуальных основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, интегрально отражающих совокупность теоретико-методологических, содержательно-процессуальных и организационно-педагогических положений, и апробировании их в ходе опытно-поисковой работы.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют на философском уровне теория познания (Р. Декарт, И. Кант и др.); положения гносеологии и законы диалектики о всеобщей связи, взаимобусловленности и целостности явлений и процессов окружающей действительности; о человеке, познающем и преобразующем мир и себя в нем; о личности как многофункциональной развивающейся системе. На уровне общенаучных принципов и процедур основу исследования

составили методология педагогических исследований (В. И. Загвязинский, А. М. Новиков и др.), идеи системного (В. И. Блауберг, М. С. Коган, Г. Н. Сериков, Э. Г. Юдин и др.) и системно-деятельностного (В. П. Беспалько, А. Н. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, С. Л. Рубинштейн и др.) подходов, теории управления (Н. Винер, Э. Деминг, Б. З. Мильнер, Ф. У. Тейлор, А. Файоль, Ф. Эмерсон и др.), теории качества образования и теории управления качеством образования (В. П. Панасюк, Н. А. Селезнева, А. И. Субетто и др.). На конкретно-научном уровне основу исследования составили идеи холистического (Э. М. Казин, В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.), онтогенетического (Н. П. Абаскалова, Р. И. Айзман, Л. Г. Татарникова и др.), аксиологического (А. Я. Иванюшкин, Ю. П. Лисицин, Ю. В. Науменко, А. В. Сахно, Б. Г. Юдин и др.) подходов. На технологическом уровне – личностно-деятельностного (Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев и др.) и процессного (Б. Андерсен, Э. Деминг и др.) подходов.

Существенное влияние на логику исследования оказали фундаментальные работы в области формирования и развития личности (Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, К. К. Платонов, С. Л. Рубинштейн, Д. И. Фельдштейн и др.); теории формирования ценностных ориентаций (Д. А. Леонтьев, А. Маслоу, В. Н. Мясищев, М. Рокич и др.); теории поведения человека (И. Айзен, А. Бандура, Р. А. Березовская, Н. Левентал, М. Маккормик, Р. Мосс-Моррис, Г. С. Никифоров, И. Розенстон, М. Цукерман и др.); теории управления познавательной деятельностью в процессе обучения (П. Я. Гальперин, И. Я. Лернер и др.); концепция личностно ориентированного обучения (Э. Ф. Зеер, И. С. Якиманская и др.); труды в области педагогической антропологии (Б. М. Бим-Бад, В. И. Максакова и др.); биологии, медицины и гигиены (П. К. Анохин, М. В. Антропова, Г. Л. Апанасенко, Р. М. Баевский, С. М. Громбах, Г. Н. Сердюковская, А. Г. Щедрина и др.); идеи гуманизации и гуманитаризации образования (Ш. А. Амонашвили, В. В. Сериков, В. А. Сластенин и др.); валеологические идеи в образовании (И. И. Брехман, Э. М. Казин, Н. Э. Касаткина, В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева, Л. Г. Татарникова и др.); теория управления социальными системами (Ю. П. Адлер, М. Мескон, А. Файоль и др.); основные положения управления учебной организацией и учебной деятельностью (В. С. Лазарев, М. М. Поташник, П. И. Третьяков и др.); теории организации группо-

вой коллективной деятельности и управления ею (М. Вебер, А. И. Пригожин, Л. И. Уманский и др.); теоретико-методологические подходы к управлению качеством образования (Ю. А. Конаржевский, В. В. Левшина, А. М. Моисеев, В. П. Панасюк, В. А. Федоров и др.); теории квалиметрии в образовании (Н. А. Селезнева, А. И. Субетто и др.).

Избранная методологическая основа и поставленные задачи определили логику исследования. Материалы прошли апробацию и получили положительные отзывы на международных, всероссийских, региональных научно-практических конференциях, конгрессах, на заседаниях экспертных советов по вопросам здоровья и физического воспитания обучающихся комитета Государственной думы по образованию и Общероссийской общественной организации содействия укреплению здоровья при рассмотрении вопросов по реализации функций общеобразовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, закрепленных за ними Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ.

Глава 1. КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

1.1. Сущность здоровьесберегающей деятельности. Основные понятия

Вызовы времени и задачи, стоящие перед современным обществом, связанные с преодолением негативных тенденций в области человеческого потенциала, ведут к пониманию важности организации и осуществления образовательными организациями здоровьесберегающей деятельности, способствующей наряду с сохранением и укреплением здоровья формированию соответствующей личностной позиции, заставляющей человека преодолевать инерцию внутри себя по отношению к собственному здоровью и тем самым обеспечивать его сохранность. В этой связи организация и осуществление здоровьесберегающей деятельности образовательными организациями являются первостепенной и одновременно системообразующей задачей, решение которой должно определить целевую перспективу социально-экономического развития общества.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 27; изменения от 01 января 2012 г.) граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. А значит, здоровьесберегающая деятельность организации должна быть направлена, прежде всего, на изменение отношения человека к собственному здоровью, его ориентацию на поведение, способствующее сохранению здоровья. В этом случае здоровьесберегающую деятельность можно рассматривать как высокоэффективную систему действий по улучшению здоровья нации и интеллектуально-творческому развитию современного человека.

Повышение ценности здоровья в системе приоритетов общества обуславливает потребность в более глубоком понимании здоровьесберегающей деятельности как особой формы человеческой деятельности, направленной на актуализацию ресурсного потенциала личности через принятие человеком норм культуры здоровья.

Поскольку определение «здоровьесберегающая деятельность» носит интегративный характер, устанавливает соотношение между поня-

тиями «здоровье», «сбережение» и «деятельность», необходимо рассмотреть обозначенные дефиниции, чтобы установить значимые закономерности в отношении организации данной деятельности.

Обратимся к понятию *«здоровье»*. Как сложное многомерное явление современного мира здоровье исследуется с позиций разных наук. Предлагается множество формулировок, определяющих здоровье, что, бесспорно, позволяет представить его как явление комплексное, разнотуровневое и многоаспектное. Однако, несмотря на значимость и частоту использования этого понятия, в философских и энциклопедических словарях его определение отсутствует. В то же время, по мнению Б. Г. Юдина, философское определение здоровья могло бы получить неоценимую методологическую поддержку громадного разветвленного теоретического аппарата философии, аккумулирующего опыт многих поколений мыслителей в самых различных областях творчества и жизнедеятельности [154]. В частности, люди могли бы с помощью данного знания получить общие ориентиры на пути к достижению здоровья и тем самым реально сократить этот путь.

Исследователи вкладывают в понятие *«здоровье»* множество самых разных смыслов и смысловых оттенков, которые, по-видимому, не могут быть охвачены никакой из существующих областей знания, хотя данное понятие отражает одну из фундаментальнейших характеристик человеческого существования и определяет ценность, включенную в понятие *«жизнь»*. Ценность жизни человека как творчески действующего субъекта, обеспечивающего созидание социума, полагается как нечто само собой разумеющееся, не требующее осмысления и теоретического исследования.

Следует обратить внимание на тот факт, что употребление понятия *«здоровье»* в научном языке далеко не всегда бывает строгим. Этот термин используется, как уже было замечено, в самых разных научных дисциплинах, и в каждом случае – при решении чаще всего узких специфических задач, что ведет не столько к унификации понятия, сколько к расширению спектра его значений. Содержание же, следовательно, задается различными дисциплинарными и смысловыми перспективами. Причем сами перспективы формируются опытом восприятия людьми здоровья и отношением к нему. Бесспорно, этот опыт находится под влиянием колоссального множества факторов самой разной природы, колоссального настолько, что на сегодня мы не готовы

его не то чтобы упорядочить, а хотя бы как-то ограничить [141]. Поэтому, видимо, в настоящее время лучше говорить не о достижении максимальной аналитической строгости в оперировании понятием «здоровье», а о заключенных (или, по крайней мере, предполагаемых) в нем возможностях синтеза отдельных, частных и заведомо односторонних, неполных, представлений о здоровье.

Данное видение обуславливает необходимость применения *интегративного подхода* в раскрытии понятия «здоровье», что позволит объединить методологически специфические представления и концепты, выявленные с позиций разных наук. При этом важно выделить те составляющие интегративного методологического подхода, которые наиболее значимы при изучении здоровья и позволят выявить интегрирующие основания исследования.

Одним из первых отметим *системный подход*, позволяющий рассматривать познаваемый объект как систему того или иного уровня с ее структурой, упорядоченностью и организованностью ее элементов (И. В. Блауберг, Э. Г. Юдин и др.). С позиций данного подхода А. Г. Щедрина раскрывает сущностную характеристику здоровья как системы, включающей в себя элементы (показатели здоровья) и ядро (системообразующий фактор) – уровень жизнеспособности, зависящий от степени постоянства, консервативности и стабильности внутренней среды живого организма, в основе которых лежат процессы адаптации и саморегуляции [153].

Выделенные А. Г. Щедриной элементы (показатели здоровья) – уровень и гармоничность физического развития; резервные возможности организма; уровень неспецифической резистентности и иммунной защиты; способность выводить метаболиты; уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок – характеризуют здоровье как многомерное, целостное и динамическое состояние. Каждый выделенный элемент, являя собой «самостоятельную качественность», имеющую количественное выражение, оказывает влияние на здоровье как на целостное состояние [153]. При этом характер проявления элемента имеет прямую зависимость от личностных свойств человека, его поведения и степени активности в отношении здоровья.

С позиций системного подхода здоровье возможно представить через инфотом – структурированную конструкцию исследуемой системы, пирамиду информационных моделей, отражающую состояние по-

слоистой структурной организации исследуемой системы. В этом случае инфотом здоровья – иерархически разветвленное дерево, имеющее ряд уровней: 1) интегральное здоровье; 2) статусы физического, психического и социального компонентов здоровья; 3) компоненты статусов; 4) составляющие компонентов; 5) отдельные показатели составляющих. В свою очередь, на каждом уровне находится различное количество информационных моделей, отражающих текущее состояние этого уровня. Данный подход позволяет представить раскрытую структуру здоровья и дает возможность использовать показанные уровни для проведения диагностических исследований и установления критериев оценки здоровья.

Обращаясь к инфотому здоровья, мы показываем очевидность того, что здоровье является системным объектом исследования. А значит, изучению подлежат аспект сущности здоровья, аспект оценки и аспект нормы.

Рассматривая здоровье через призму организации человеческого бытия, К. С. Хруцкий берет за основу созданную в XX в. отечественным нейрофизиологом П. В. Симоновым триадную структуру основных потребностей (мегапотребностей) человека [145]. К данным потребностям относятся витальные (биологические), социальные – в узком и собственном смысле слова (поскольку социально опосредованы все побуждения человека) – и идеальные потребности познания окружающего мира и своего места в нем. К. С. Хруцкий ведет речь о трехчастности психофизиологической организации бытия человека в окружающем его мире, т. е. о существовании биологического (физиологического, вегетативного, физического), душевного (чувственного) и духовного (идеального) уровней (слоев) организации человека [145]. Позиция автора такова, что здоровый человек всегда предстает в гармоничной целостности всех трех порядков своего бытия: физического (биологической жизни), душевного (социальной адаптированности) и духовного (личностной удовлетворенности).

На понимании здоровья как всестороннего благополучия человека, исходящего из удовлетворения, аналогичных учению П. В. Симонова, базовых потребностей (биологических или физиологических, социальных и личностных, в соответствии с теорией человеческих потребностей А. Маслоу [76]), основано учение А. Г. Бусыгина [18]. Мерой здоровья, или «всестороннего благополучия», человека исследова-

тель предлагает считать степень удовлетворенности его потребностей (шкала «неудовлетворенность – переудовлетворенность»). Именно «недопере-удовлетворенность» и является причиной болезней – через выведение организма из своего основного состояния – равновесия. В этой связи закономерен вопрос удовлетворения потребностей, на который исследователи отвечают, что есть необходимость удовлетворения, а есть достаточность. В соответствии с философско-математической формулой здоровья А. Г. Бусыгина, если равновесие в необходимости и достаточности удовлетворения базовых потребностей человека не нарушается, то его удовлетворенность жизнью и состоянием здоровья постоянна [18].

На триединство составляющих здоровья человека указывается в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity», что в буквальном переводе означает: «Здоровье есть состояние полного физического, душевного (в иных интерпретациях умственного или психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов». В. В. Колбанов критикует данное определение, поскольку понимание личного здоровья как полного благополучия создает, во-первых, метафизическую почву под дальнейшими рассуждениями и отрицает динамический характер здоровья, подменяя его частным статическим показателем «абсолютное здоровье»; во-вторых, не является достаточным, поскольку «триединство» не исчерпывает всех возможностей независимых переменных [58, с. 171]. На основании анализа ряда формулировок, заключающих в себе необходимые признаки, исследователь вводит понятие здоровья человека как непрерывной последовательности естественных состояний жизнедеятельности, характеризующихся способностью организма к самосохранению и совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза, самосовершенствованию соматического и психического статуса, при оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватной приспособляемости к изменяющейся окружающей среде, использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими потребностями и возможностями выполнения биологических и социальных функций; отсутствие какого либо из перечисленных признаков означает частичную или полную утрату здоровья; полная утрата здоровья несовместима с жизнью [58, с. 171–172].

В определении ВОЗ здоровье рассматривается также как состояние, противоположное болезни. Болезнь – состояние и процесс взаимодействия структурно-функциональных нарушений и защитно-приспособительных реакций целостного организма, которые возникают под влиянием внешних и (или) внутренних факторов и, как правило, приводят к нарушению жизнедеятельности. Здоровье и болезнь качественно различны, но при этом находятся в диалектическом единстве. Заметим, что в подавляющем большинстве работ подчеркивается, что абсолютное здоровье является абстракцией.

В понимании здоровья как явления, противоположного болезни, имеются недостатки:

1) в определении здоровья как «не болезни» изначально заложена логическая ошибка, так как определение понятия через отрицание не может считаться полным;

2) данный подход субъективен, поскольку здесь здоровье – отрицание всех известных болезней, при этом без внимания остаются неизвестные;

3) такое определение носит описательный и механистический характер и не позволяет раскрыть сущность феномена индивидуального здоровья, его особенностей и динамики.

Давая определение, следует учитывать, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума от 0 до 1; оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве [49]. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало. Абсолютно полное исчезновение здоровья равнозначно смерти.

Данное видение приводит к вопросу о норме здоровья. И. И. Брехман считал это понятие абстрактным, означающим состояние, предшествующее заболеванию [16]. Поскольку такое состояние может быть неодинаковым у разных людей, однозначного понятия нормы здоровья, применимого везде и всюду, не существует. Под нормальным состоянием целесообразно понимать не столько нахождение определенных показателей в заданных диапазонах значений, соответствующих среднестатистической норме, сколько сохранение способности так регулировать свои параметры, чтобы обеспечивать уравнивание со средой в различных ситуациях в соответствии с эволюционно сложившимися адаптационными резервами [153 и др.].

С позиции нормы даются трактовки физического, психического и социального компонентов здоровья, составляющих его основу [8]:

- физическое здоровье (физический компонент здоровья) определяется как состояние, при котором интегральные показатели основных физиологических систем организма лежат в границах физиологической нормы и адекватно меняются при взаимодействии человека со средой, выполняя системную функцию – статико-динамический вещественно-энергетический гомеостаз организма человека в целом;

- психическое здоровье (психический компонент здоровья) есть состояние мозга, при котором его высшие отделы обеспечивают нормальное, адекватное для данного общества, интеллектуальное, эмоциональное и сознательно-волевое взаимодействие с социальным окружением, с функцией внутрисистемного информационного гомеостаза мозга;

- социальное здоровье (социальный компонент здоровья) трактуется как состояние высших отделов мозга, структура информационных моделей которых обеспечивает адекватные для общества морально-этические проявления личности, выполняя функцию системно-средового информационного гомеостаза.

В общебиологическом плане здоровье можно определить как гармоничное единство всевозможных обменных процессов между организмом и окружающей средой. Результат данной гармонии – согласованное течение разнообразных обменных процессов внутри самого организма, проявляющееся в оптимальной жизнедеятельности органов и систем. Исходя из этого, следует, что здоровье должно отражать способность человека сохранять свой гомеостаз через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды, т. е. активно сопротивляясь таким изменениям с целью сохранения и продления жизни.

На сегодняшний день теории адаптивного реагирования подробно описаны [7, 8, 120 и др.]. Их основные положения сводятся к следующему: 1) здоровье обеспечивается механизмами адаптации, т. е. приспособления к изменениям внешней и внутренней среды; 2) механизмы адаптации действуют благодаря наличию функциональных резервов в каждой из систем организма, взаимодействующих между собой на основе принципа неустойчивого равновесия (при воздействии на организм внешних и внутренних факторов происходят перестройки во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом – реализуется механизм адаптации); 3) сумма резервов всех сис-

тем организма создает «запас прочности», который называют потенциалом здоровья, или уровнем здоровья; 4) потенциал здоровья может увеличиваться под воздействием специальных тренировок и при правильном образе жизни, а также может снижаться при неблагоприятных воздействиях и невосполнимых утратах резервов систем организма; 5) увеличение потенциала здоровья достижимо только собственными усилиями человека.

Вернемся к выделенным в трактовке ВОЗ компонентам здоровья. Здесь следует отметить, что представление о сущности физического (соматического) компонента таково, что основу здоровья на физиологическом уровне составляет гомеостаз – способность организма обеспечивать постоянство своей внутренней среды вопреки внешним воздействиям. Согласно принципу гомеостаза, здоровье сохраняется, если поддерживается постоянство внутренней среды. В этом случае здоровье (как внутреннее состояние) управляется с помощью системы обратных связей, обеспечивающих контроль за внутренней средой организма и поддерживающих ее постоянство несмотря на изменения окружающих условий. Отсюда важный принцип – *принцип сохранения здоровья*, основу которого составляет гомеостаз. Но поскольку организм человека не находится в состоянии равновесия с окружающей средой, он постоянно к ней приспосабливается, жизнедеятельность, а значит, и здоровье человека наряду с гомеостазом обеспечивается адаптацией. Отсюда следует вывод о необходимости поддержания в организме оптимального резерва адаптационных возможностей, т. е. *принцип увеличения или укрепления резервов здоровья*.

Психический компонент здоровья характеризуется следующими признаками: 1) отсутствие выраженных нервно-психических расстройств и отклонений, основной причиной которых являются психологические стрессы; 2) наличие резерва психических возможностей (резерва психической адаптации), позволяющих преодолеть стрессы. Получается, что в рамках психологического обеспечения здоровья важны принципы сохранения здоровья и повышения его резервов.

Социальный компонент здоровья также принято рассматривать в аспекте адаптации как приспособление к условиям общественной жизни, где вышеуказанные принципы отражаются в соответствующих социальных механизмах.

Таким образом, обеспечение жизнедеятельности человека происходит на физическом (соматическом), психическом и социальном уровнях посредством двух основополагающих механизмов: *сохранения здоровья* и *повышения его резервов*. Важно отметить, что здоровье детей и подростков в процессе их развития, созревания и взросления способно не только сохраняться или наращиваться, но и определенным образом строиться и перестраиваться, отсюда актуальной становится задача формирования здоровья и его дальнейшего развития. Соблюдение *принципа формирования здоровья* должно обеспечить формирование основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всей их образовательной деятельности. Следовательно, данный принцип имеет общепедагогическое значение, его соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и повышения адаптационных резервов организма путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни.

Такое видение здоровья человека дает основание применить *педагогический подход* к его трактовке. Необходимость данного подхода обусловлена противоречием между неблагоприятным влиянием современной системы образования на здоровье и значимостью здоровья человека (причем в первую очередь человека растущего и развивающегося). Преодоление этого противоречия возможно в процессе организации соответствующего здоровьесберегающего образования.

Вслед за Т. Ф. Ореховой [97, 98] в качестве специфических черт педагогического подхода мы выделяем следующие:

1) *антропологичность* – обусловлена тем, что в рамках здоровьесберегающего образования ведется речь о здоровье только человека, что требует учета его психической, духовной и социальной составляющих;

2) *интегральность* – связана с тем, что сохранение здоровья возможно только с учетом всех знаний о человеке, добытых науками, в которых он является предметом изучения. Это обеспечивает сохранение целостности человека, способствует достижению здоровья в единстве всех его составляющих, определяет способ отбора из наук о человеке таких необходимых и достаточных знаний, которые позволяли бы эффективно сохранять, укреплять и развивать его здоровье;

3) *лично ориентированная направленность процесса сохранения здоровья* – детерминирована тем, что индивид является одновременно и субъектом, и объектом деятельности по творению своего

здоровья, в то время как практически во всех науках, изучающих человека, субъект и объект разведены во времени и пространстве;

4) *педагогическая направленность процесса здоровьесбережения* – в рамках целостного педагогического процесса проявляется в том, что педагоги и обучающиеся учатся быть здоровыми, приобретая определенные знания о здоровье и соответствующие умения, овладевают культурой здоровья;

5) *гуманистичность* – обусловлена признанием здоровья главной ценностью человеческой жизни.

С позиций *аксиологического подхода* здоровье признается приоритетной универсальной и социальной ценностью и, собственно, в таком качестве занимает самую высокую ступень в иерархии потребностей человека (А. Я. Иванюшкин, Ю. П. Лисицин, Ю. В. Наumenко, В. П. Петленко, А. В. Сахно, Б. Г. Юдин и др.).

В соответствии с *личностно-деятельностным подходом* здоровье рассматривается как характеристика личности, формирующаяся в деятельности и являющаяся результатом этой деятельности (В. И. Белов, Т. Ф. Орехова и др.).

Приверженцы *акмеологического подхода* рассматривают здоровье как показатель жизненного благополучия человека и результат его саморазвития (А. А. Деркач, Н. М. Полетаева и др.).

Согласно *компетентностному подходу*, здоровье представляет собой способность к самосохранению, саморазвитию и самосовершенствованию, т. е. выступает не результатом влияния внешних условий и сопротивления им, а проявлением внутренней созидательной активности в процессе жизнедеятельности (В. А. Лищук, Е. В. Мосткова и др.).

Рассматривая человека как биопсихосоциальное существо, ряд исследователей анализируют здоровье с позиций *холистического подхода* (В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.). В этом случае здоровье представляет собой оптимальное функционирование и развитие человека в духовном плане (осознанная ответственность в социальной и более широких системах жизнедеятельности вплоть до биосферы и ноосферы), в когнитивной (разумный оптимизм и наличие здоровьесотворяющих установок) и психоэмоциональной (эмоциональная уравновешенность) сферах, а также применительно к биологическому телу (энергичность и физические возможности). Согласно холистическому пониманию здоровья, ведущими являются высокие системные уровни че-

ловека. Соответственно, психические факторы оказывают более существенное влияние на соматическое здоровье, чем телесное состояние – на психический настрой человека.

С позиций *культурологического подхода* здоровье трактуется как область человеческой культуры, которая включает в себя в единстве три составляющие: тело, душу и разум (Н. Н. Малярчук, В. М. Чимаров и др.). Следовательно, здоровье – это совокупность культуры физической (способности управлять своими движениями, своим телом); культуры физиологической (способности управлять физиологическими процессами в организме и наращивать их резервную мощность); культуры психической (способности управлять своими ощущениями, чувствами, эмоциями); культуры интеллектуальной (способности управлять своими мыслями); культуры духовной (способности управлять своей ценностно-смысловой сферой и реализовывать жизненные устремления, связанные с духовным самосовершенствованием).

Здоровье, в целом, можно рассматривать и со стороны внутренней структуры, и в связи с внешними механизмами его регулируемыми:

- как качество жизнедеятельности человека, характеризующееся совершенной адаптацией к воздействию на организм факторов окружающей среды, проявляющееся состоянием физического, психического и социального благополучия индивидуума при различных видах его активной деятельности;
- как основной фактор, определяющий способность человека достигать определенного уровня своего развития.

Следовательно, здоровье должно рассматриваться не как фиксируемое явление, а как сущностное развертывание субъектной позиции индивида по отношению к самому себе, позволяющее реализовать свой ресурсный потенциал. Актуализация данного потенциала возможна в образовательном процессе.

В контексте современного интегративного понимания здоровья проблема его формирования средствами и в условиях образования требует поиска и выработки таких теоретических подходов к ее решению, которые в первую очередь обеспечивали бы преодоление фрагментарного представления о человеке, сложившегося в результате дифференциации научного знания. Основная опасность такого дискретного изучения человека сегодня проявляется в том, что человек сам перестал осознавать себя как единое целое и свое единство с природой [19, 141].

Это во многом является причиной обесценивания собственного здоровья, абсолютного непонимания его значимости как основы успешности во всех сферах жизнедеятельности.

Вместе с тем, традиционные, а также большинство инновационных подходов и технологий в педагогике, в том числе и ориентированных на здоровье, исходят именно из одностороннего понимания человека прежде всего как личности, являющейся продуктом общественных отношений. И наименее перспективным представляется то, что из всех предлагаемых моделей практически «выпадают» духовность и нравственность как ценностно-мировоззренческие ориентации, являющиеся для человека личностно значимыми и определяющими его поведение. Именно духовно-нравственная составляющая имеет непосредственное отношение к формированию здорового образа жизни человека, ориентируя индивидуальное человеческое существование.

Одним из немногих исключений является универсальная модель саморазвития человека (по К. Я. Вазиной) [20].

В основе данной модели лежит философское представление о том, что человек – это уникальная духовно-природная саморазвивающаяся система мира, а универсальным механизмом духовно-нравственно-интеллектуально-сенсорно-физического саморазвития человека является резонансное взаимодействие человека с миром и собой. Данные философско-мировоззренческие представления, образующие новое понимание человека, обуславливают необходимость кардинального изменения подходов к социально-практической деятельности, направленной на обеспечение его функционирования в современном мире. В частности, должны быть изменены место и значение здоровья в структуре жизнедеятельности человека. С позиций данной модели, здоровье – это равновесное состояние организма, которое выступает необходимым условием духовного саморазвития человека, его гармоничного существования и функционирования как части единого многообразного мира [20, 141].

Отличительной особенностью модели саморазвития человека является то, что она оснащена универсальной природно-рефлексивной технологией и комплексом специально разработанных педагогических концептов, условий и средств, обеспечивающих достижение такой образовательной цели, как «запуск» духовно-природного механизма саморазвития каждого обучающегося. Данная технология, будучи универсальной, адаптивна к любому предметному содержанию на любой сту-

пени образования, независимо от его формы и вида. Теоретические положения концепции саморазвития, а также ее педагогической интерпретации в полной мере отвечают методологическим требованиям исследования здоровья с позиций педагогического подхода.

В целом проведенный анализ хорошо иллюстрируется данным нами определением здоровья как *многомерного интегрального личностного образования, отражающего физическое, психическое и духовно-нравственное состояние человека, осознаваемое им как ценность, являющееся определяющим условием его развития, детерминированное степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и обеспечивающее формирование устойчивых моделей поведения, направленного на его сохранение, укрепление и развитие.*

Дефиниция «сбережение» несет смысловую нагрузку – «сбережение здоровья», т. е. его охрана. В «Словаре русского языка» С. И. Ожегова определено: «сберегать – это сохранить, не дать утратиться, пропасть» [94, с. 686], соответственно, *здоровьесбережение* – это сохранение здоровья на заданном уровне (в частности, на том, с которым обучающийся пришел в образовательное учреждение) [64, с. 23].

Ряд исследователей более перспективным считают использование таких понятий, как «здоровьеформирование», «здоровьесозидание» и «здравотворчество», предполагающих достижение человеком более высокого уровня здоровья по сравнению с предыдущим состоянием [19, 71, 73 и др.].

Словосочетание «здоровьеформирование» происходит от «формировать, придавать чему-нибудь определенную форму, законченность; порождать; создавать, составлять, организовывать» [94, с. 837]. В рамках образовательного процесса это целенаправленная работа по созданию нового уровня здоровья обучающихся.

Здоровьесозидание (от «созидать – сделать существующим, произвести, основать» [94, с. 730]) – созидание здоровья как качественно новой характеристики. Близкие понятия – «образование», «творчество», «творение», «творческий процесс». Здесь человек рассматривается как субъект творческого процесса по отношению к собственному здоровью. Соответственно, «здравотворчество», предопределяющее наличие субъектного начала, следует рассматривать как систему мотивированных действий человека в решении вопросов охраны, укрепления и развития собственного здоровья через его включение в гармоничные отношения с внешним и внутренним миром.

Поддерживая идею перспективности здоровьесформирования, здоровьесозидания и здравотворчества, сегодня мы говорим о здоровьесбережении образовательных организаций, поскольку учитывая имеющуюся тенденцию к ухудшению состояния здоровья детско-подросткового населения в период обучения, важно создать условия, позволяющие остановить данный процесс, т. е. первоочередная задача заключается в сохранении имеющегося уровня здоровья и уже в дальнейшем, в случае невозможности обеспечить параллельность, – в оказании содействия в его повышении. В свою очередь, повышение уровня здоровья будет зависеть прежде всего от степени приложения усилий самого человека, его мотивационных и целевых установок. Соответственно, здоровьесбережение будет иметь целевую направленность как на создание охранных условий образовательного процесса, так и на формирование мотивационно-целевых установок, побуждающих растущего человека в настоящем и будущем к активным действиям по сохранению, укреплению и развитию здоровья, т. е. на формирование его здоровьесберегающей личностной позиции.

Уточним сущность здоровьесбережения через дефиницию «деятельность».

Деятельность есть структурно и операционно организованная активность любых систем для достижения определенных целей. Такая активность характерна для живых (органических) систем, но прежде всего для человека и различного рода социальных систем. Структура любой деятельности состоит из четырех основных компонентов: предмет, средства, цель и результат, которые органически взаимосвязаны между собой в рамках определенного вида деятельности [68, 98].

С. Л. Рубинштейн рассматривает деятельность как форму активного целенаправленного взаимодействия человека с окружающим миром (включающим и других людей), отвечающего вызвавшей это взаимодействие потребности как «нужде», «необходимости» в чем-либо. Потребность есть предпосылка, энергетический источник деятельности. Однако сама по себе потребность не определяет деятельность – ее определяет то, на что она направлена, т. е. ее предмет [109]. Соответственно, существенной характеристикой деятельности является ее мотивированность, при рассмотрении чего обращает на себя внимание начальный момент деятельности, т. е. ее предпосылка – потребность, нашедшая себя в предмете. Если потребность находит себя в предмете,

то она становится внутренним мотивом деятельности. Данный мотив входит в саму структуру деятельности. Значит, в соответствии с учением С. Л. Рубинштейна, всякое действие исходит из мотива – побуждающего к действию переживания чего-то значимого, что придает данному действию смысл для индивида [109].

Согласно концепции В. Франкла, мотиватором деятельности человека выступают и смысловые универсалии – общечеловеческие ценности, среди которых он выделяет ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения [143]. Стремление к поиску и реализации смысла своей жизни является мотивационно врожденной тенденцией, основным двигателем поведения и определителем характера деятельности человека.

В нашем случае определение деятельности включает активное отношение человека к окружающему миру и его целесообразное творческое изменение.

В педагогической науке выделяют такие виды деятельности (функции образования), как нормативная, регулирующая, воспитывающая, социализирующая и др. Наряду с названными функциями образования исследователи вводят здоровьесберегающую (В. А. Вишневский, Н. А. Голиков, Н. Н. Малярчук, И. В. Манжелей, С. Г. Сериков, Н. К. Смирнов и др.).

Несмотря на то, что задачи сохранения здоровья обучающихся решаются не одно десятилетие, имеет место запаздывание научно-теоретических исследований в сравнении с передовой педагогической мыслью и практикой. При оценке здоровья с медико-биологических позиций и, соответственно, сведении здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций преимущественно к санитарно-гигиеническому направлению, обучающиеся рассматриваются как объект для определенных воздействий [85]. В рамках этого подхода здоровье предстает феноменом, формирующимся и преобразующимся в процессе адаптации растущего организма к окружающему миру. Тем самым утверждаются *охранительная* (обережение от всех известных факторов риска для здоровья) и *тренирующая* (повышение биологических, психологических и социальных адаптационных возможностей организма) стратегии заботы о здоровье [74, с. 81].

Сегодня, в условиях духовно-нравственного и экологического кризиса, как наиболее перспективную следует рассматривать *преобразующую* стратегию заботы о здоровье. Она позволяет «сформировать у ре-

бенка ответственность по отношению к своему здоровью, способность проектировать индивидуальную траекторию развития ресурсов своего здоровья на основе навыков саморегуляции, понимания физических и психических процессов, происходящих в его организме, на основе рационального поведения» [65, с. 92]. Преобразующая стратегия лежит в основе *творческой модели* процесса оздоровления Н. Н. Малярчук, основанной на личностном потенциале человека [73, 74]. В данном контексте мы ведем речь о здоровьесберегающем потенциале человека, его готовности к здоровьесориентированной деятельности, формирование и развитие которых рассматривается нами как системообразующий фактор и результат здоровьесберегающей деятельности образовательной организации.

Несмотря на то, что данная позиция сочетается с приоритетами современного образования (личностная ориентированность, субъект-субъектный характер взаимодействия субъектов образовательного процесса, компетентностный подход и т. д.), она не находит широкого распространения в образовательной практике и обычно заменяется традиционным пониманием здоровьесберегающей функции образования как функции охраны здоровья.

В целом, введение здоровьесберегающей функции позволяет углубить научные представления о сущности образования как системы, обеспечивающей охрану здоровья, акцентировать внимание на ее направленности на обеспечение поведения обучающихся, направленного на сохранение, укрепление и развитие здоровья. Реализация подобного подхода требует такого структурно-целостного осмысления образования, которое основывалось бы на изучении специфики его компонентов (воспитания, обучения и развития), а также связей между данными компонентами, что должно обеспечить достижение проектируемого здоровьесберегающего эффекта. Соответственно, *здоровьесберегающую деятельность в рамках системы образования следует определить как такой способ реализации всех компонентов образования (воспитания, обучения и развития) в их единстве, который обусловит деятельность образовательных организаций по охране и укреплению здоровья обучающихся, целенаправленно обеспечивая достижение планируемого результата – готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.* Сущность данной деятельности, в нашем понимании, не должна сводиться только к реализации охранительной

стратегии заботы о здоровье, но заключаться в формировании у обучающихся опыта деятельности по сохранению и укреплению здоровья, в формировании мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего личностного потенциала, а также организацию собственного стиля здорового образа жизни. Достижение поставленных целей предусматривает обоснование и разработку основных компонентов здоровьесбережения, решение вопросов организации и управления данной деятельностью (как системой и процессом), обеспечивающих ее результат и качество.

1.2. Здоровьесберегающая деятельность образовательных организаций: современное состояние и проблемы

Сегодня существует немало работ, посвященных проблеме сохранения здоровья субъектов образовательного процесса (Н. П. Абаскалова, Г. Л. Апанасенко, Н. А. Голиков, Э. М. Казин, В. В. Колбанов, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Н. М. Полетаева, С. Г. Сериков, Н. К. Смирнов, Л. Г. Татарникова и др.).

Можно выделить следующие направления исследований в данной области:

- изучение влияния факторов риска, в том числе внутриучебной среды, на уровень состояния здоровья субъектов образовательного процесса (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко и др.);
- разработка технологий и программ мониторинга состояния здоровья субъектов образовательного процесса, здоровьесберегающей среды учебного заведения (Э. М. Казин, Л. А. Семенов, Д. З. Шибкова и др.);
- исследование причин и механизмов формирования, сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса в условиях учебного заведения (И. И. Брехман, В. П. Казначеев, В. В. Колбанов и др.);
- разработка и применение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательном процессе (Г. И. Зайцев, Н. М. Полетаева, Н. К. Смирнов, Д. Д. Шарипова и др.);
- формирование валеологической культуры субъектов образовательного процесса (Н. Н. Малярчук, Л. Г. Татарникова и др.);
- изучение организационных направлений здоровьесберегающей деятельности (В. Н. Ирхин, Э. М. Казин и др.).

Исследование основных направлений в организации отечественной здоровьесберегающей деятельности позволило выделить следующие ее структурные модели: валеологические центры и валеологические службы.

Валеологические центры предоставляют человеку возможность оперативного получения информации о состоянии здоровья, о его динамике в связи с изменением образа жизни [51, 57, 59 и др.]. Это достаточно сложные комплексные структуры, которые могут быть созданы при крупных исследовательских центрах, какими являются университеты. В задачу центров наряду с решением проблем сохранения здоровья студентов вузов также входит работа с общеобразовательными учреждениями. Подробное описание организации и деятельности валеологических центров на примере Кузбаса представлено Э. М. Казиным в работе «Основы индивидуального здоровья человека» [51]. В ряде регионов Российской Федерации (Кемеровская, Ростовская, Новосибирская, Томская области и др.) валеологические центры внедрены в систему образовательных организаций, что предусматривает использование комплекса автоматизированных средств донологической диагностики, прогноза, профилактики и реабилитации детского и взрослого населения [51, с. 110].

Второе направление – организация *валеологической службы* (службы здоровья, службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и т. д.) – является более перспективным. Валеологическая служба не призвана заменить медицинскую и не является альтернативой ей. Исходя из понимания здоровья как единого феномена, в структуре которого присутствуют психические, физические и социальные компоненты, валеологическая служба консолидирует усилия специалистов разных профилей для педагогического, психологического, медицинского, социального и любого другого содействия реализации прав каждого человека на созидание, охрану, укрепление и воспроизводство своего здоровья [57].

Основными направлениями деятельности валеологических служб исследователи называют следующие [51, 57, 59 и др.]:

- мониторинг здоровья и диагностический скрининг;
- прогнозирование динамики здоровья и прогностический скрининг;
- подбор валеологических и оздоровительных технологий;
- осуществление коррекции образа жизни, количества и качества здоровья.

Целью валеологической службы является всемерное содействие всем субъектам образовательного процесса в выборе путей, способов и средств индивидуальной здоровьесберегающей деятельности, начиная с создания мотивации и условий для осуществления этой деятельности, поиска стимулов для утверждения здорового образа жизни и заканчивая расширением круга лиц, вовлеченных в позитивный процесс созидания здоровья, развития личности и повышения эффективности образования в соответствии с психофизиологическими, конституциональными и половозрастными возможностями человека [57].

Структура службы может быть разной и зависит от типа, наполняемости учебного заведения или структуры муниципальной системы образования. Ее деятельность ориентирована преимущественно на обучающихся, но при непереносимости валеологической активности педагогов и при соответствии их здоровья и образа жизни целям и задачам образовательного процесса [55, 57, 61 и др.].

Таким образом, масштабы и разновидность здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений весьма разнообразны. Однако остается открытым вопрос о ее качестве и результативности.

В поисках ответа на данный вопрос в 2008 г. и 2011 г. методом сбора информации в условиях широкой выборки нами были проведены анкетирование и опрос [119]. В исследовании приняли участие представители администрации общеобразовательных школ, гимназий, лицеев, профессионально-технических училищ, колледжей и вузов Екатеринбурга и Свердловской области (более 150 учреждений). Основную массу респондентов составили представители средних общеобразовательных организаций (93,0 %) – директора, заместители по учебной и учебно-воспитательной работе.

Исследование показало, что значительная часть руководителей образовательных организаций (46,7 %) считают, что работа по сохранению здоровья и формированию здорового образа жизни учащихся не должна возлагаться на учебные заведения, что большая ответственность ложится непосредственно на семьи детей (86,6 %). Здесь следует заметить, что Законом РФ «Об образовании» от 10 июля 1992 г. № 3266–1 на учебные заведения возложена ответственность за жизнь и здоровье обучающихся во время образовательного процесса (ст. 32). Именно к компетенции учебных заведений относится создание необходимых условий, гарантирующих охрану и укрепление здоровья обучающихся (ст. 51). Ответственность за создание этих условий несут

должностные лица каждого конкретного учреждения (ст. 51). Этот факт респонденты не оспаривали: в 2011 г., отвечая на вопрос, кто является ответственным за состояние и ведение здоровьесберегающей деятельности, 53,3 % опрошенных назвали руководителя образовательного учреждения, 53,3 % – его заместителей¹. Следует отметить возросшую ответственность представителей администрации, поскольку в 2008 г. только 33,6 % заместителей руководителей и 8,4 % директоров оставляли за собой руководство и контроль над здоровьесбережением. Кроме представителей администрации ответственность также возлагается на педагогов биологических дисциплин (биологии, ОБЖ и др.) (33,2 %), педагогов по физической культуре (20,2 %) и медицинских работников учреждений (13,3 %).

Осуществляющаяся в образовательных организациях здоровьесберегающая деятельность большинством респондентов характеризуется как планомерная (в плане работы учреждения предполагается наличие ряда мероприятий по охране здоровья обучающихся, однако анализируется работа частично) – 73,3 % (в 2008 г. – 33,6 %). В некоторых учреждениях деятельность по здоровьесбережению ведется системно (наличие ответственных лиц, строгое планирование, контроль и анализ деятельности) – 20,0 % (в 2008 г. – 17,3 %), в других отличается спонтанностью (четкого плана работы нет, стихийность в работе, анализ деятельности не проводится) – 6,7 %.

Несмотря на планомерность проводимой работы по здоровьесбережению, ее эффективность оценивают как хорошую только 13,0 % респондентов (в 2008 г. – 42,4 %). 80,0 % опрошенных называют качество работы удовлетворительным, 7,0 % – неудовлетворительным. Следует отметить, что в число респондентов, выбравших оценку «удовлетворительно», входят сотрудники школ, имеющих в своей структуре специализированные подразделения – службы здоровья (13,0 %). В этой связи можно, как нам кажется, говорить о том, что данные подразделения ведут свою работу недостаточно эффективно.

Среди трудностей, с которыми сталкивается учреждение при попытке реализовать здоровьесберегающую политику, респонденты называют прежде всего нехватку квалифицированных кадров (46,6 %), а также отмечают отсутствие системности в проводимой здоровьесберегающей деятельности, ее нескоординированность, недостаточность кон-

¹ Отметим, что при ответе на этот и некоторые другие вопросы анкеты можно было выбрать несколько вариантов ответа.

троля и анализа (40,0 %). Фиксируются отсутствие взаимосвязи между специалистами, осуществляющими здоровьесберегающую деятельность в учреждении (медицинским работником, психологом, педагогом по физической культуре и др.) (40,0 %), а также недостаточный уровень их компетентности в вопросах здоровьесбережения (33,3 %)¹.

Также имеет место отсутствие стимулирования здоровьесберегающей деятельности со стороны вышестоящих органов управления образованием (20,0 %), влекущее за собой недостаточный уровень мотивированности педагогов (6,7 %). Последний факт также можно объяснить отсутствием функциональных обязанностей по ведению деятельности по охране здоровья обучающихся, отраженных в должностных инструкциях (26,0 %), либо их неконкретной формулировкой (43,0 %).

В качестве мер, необходимых для обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности, респонденты выбрали такие позиции, как стимулирование педагогических работников (53,3 %); специализированное обучение педагогов по вопросам здоровьесбережения в условиях учебного заведения (80,0 %); консультирование обучающихся, их родителей и иных субъектов образовательного процесса по вопросам здоровья и здорового образа жизни (53,3 %); усиление контроля за выполнением здоровьесберегающей деятельности (33,3 %); назначение ответственного лица (организатора оздоровительной работы) за здоровьесберегающую деятельность, наделенного соответствующими полномочиями (20,0 %; в 2008 г. – 100,0 %). Но в первую очередь – создание структурных подразделений, осуществляющих медико-психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в учреждении (86,6 %).

Действительно, создание таких подразделений позволит решить ряд проблем в обеспечении системности здоровьесберегающей деятельности: проведение диагностического скрининга медико-психолого-педагогического статуса учащихся (так ответили 80,0 % респондентов); создание автоматизированной информационно-аналитической сети и базы полученных данных (60,0 %); ведение соответствующего мониторинга (93,3 %); обеспечение системного анализа и оценки получаемой информации (80,0 %); разработка и реализация образовательных программ здоровьесбережения (60,0 %); интеграция усилий педагогических, медицинских и психологических работников образовательного учреждения в обеспечении охраны здоровья обучающихся (80,0 %).

¹ Заметим в этой связи, что о необходимости специализированного обучения заявили 100 % опрошенных.

Респонденты уверены, что создание служб здоровья повысит качество работы по здоровьесбережению (100,0 %); обеспечит интеграцию усилий педагогических, медицинских и психологических работников учебного заведения (93,3 %); позволит структурировать работу по здоровьесбережению, более четко осуществлять планирование и контроль (73,3 %). Отметим, что для ряда учебных заведений это должно стать одним из инновационных направлений деятельности (26,6 %). 93,3 % опрошенных считают, что на сегодняшний день необходимо создание данных подразделений, однако на деле только 13,0 % от общего числа учреждений имеют специализированные структуры, осуществляющие здоровьесберегающую деятельность, еще в 13,3 % их создание планируется.

Следует отметить, что для организации данных структур существует ряд официальных предпосылок – в частности, приказ Министерства образования РФ «О Центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» от 15 мая 2000 г. № 1418, кроме того, имеется ряд публикаций о целесообразности внедрения в учебные заведения такого рода структур. Тем не менее, процесс идет сложно. Основной причиной такого положения дел является нерешенность ряда основополагающих организационно-педагогических проблем, касающихся принципов реализации здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях.

В целом исследование показало, что решение задачи охраны здоровья детей и подростков в учебных заведениях предполагает обязательное взаимодействие педагогов, психологов, медицинских и социальных работников. Такое взаимодействие позволяет обеспечить организация соответствующей структуры (службы здоровья), которая будет упорядоченно осуществлять деятельность по охране здоровья детей и подростков. Выявленные в ходе исследования данные свидетельствуют о единстве субъектов в понимании проблемного поля здоровьесбережения, приоритетных путей его решения и готовности к активной деятельности. Педагоги заинтересованы в повышении профессиональной компетентности и определенных управленческих решениях, обеспечивающих эффективность и качество здоровьесбережения.

Достижение заданного качества здоровьесберегающей деятельности предполагает исследование составляющих данную деятельность частей и элементов, раскрытие ее сущностной стороны, что в совокупности и позволит определить основные ориентиры в его обеспечении.

1.3. Качество здоровьесберегающей деятельности как предмет педагогического исследования

Наша страна располагает огромной сетью учебных заведений, объединяющей на начало 2012 г. 99 271 тыс. образовательных организаций. Обучением и воспитанием охвачено порядка 29 млн человек [93]. Большая доля детей обучаются в общеобразовательных учреждениях – 48 %, дошкольные учреждения посещают 20 % детей, проходят обучение по программам начального профессионального образования 3 % подростков, по программам среднего профессионального образования – 7 % и по программам высшего профессионального образования – 22 % молодых людей [93]. И сегодня система образования все чаще рассматривается как сфера услуг, удовлетворяющая образовательные потребности населения.

Услугой является любое мероприятие или выгода, которые одна сторона может предложить другой. Услуги, в основном, неосвязаемы и не приводят к завладению чем-либо [27, 78]. Приобретая услугу, потребитель получает процесс производства чего-либо, что он сам не может или не умеет делать.

Образовательные услуги относятся к числу таких услуг, в результате которых происходят изменения в самом человеке, при этом на результат оказания услуги влияют психические и (или) физические особенности непосредственно потребителя услуги. Сущность образовательных услуг – в обеспечении овладения обучающимся тем или иным уровнем готовности к различным видам деятельности.

Являясь сферой, удовлетворяющей образовательные потребности населения, система образования призвана обеспечить качество образования, соответствующее требованиям инновационного развития страны, потребностям каждого ее гражданина и общества в целом (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, Государственная программа РФ «Развитие образования» на 2013–2020 гг. от 15 мая 2013 г. № 792-р, федеральные государственные образовательные стандарты и др.).

Качество образования Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ определено

как комплексная характеристика образовательной деятельности и подготовки обучающегося, выражающая степень их соответствия федеральным государственным образовательным стандартам, образовательным стандартам, федеральным государственным требованиям и (или) потребностям физического или юридического лица, в интересах которого осуществляется образовательная деятельность, в том числе степень достижения планируемых результатов.

В числе составляющих содержание образовательной услуги и, соответственно, качества образования выделяют здоровьесберегающую деятельность. Таким образом, образование предстает как система, обеспечивающая охрану и укрепление здоровья обучающихся; акцентируется внимание на ее роли в формировании навыков здоровьесберегающего поведения у субъектов образовательного процесса.

На современном этапе проблема обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности является общей для всех видов образовательных организаций, поскольку тенденция к снижению уровня здоровья обучающихся сохраняется. Но степень ее проявления зависит от специфики деятельности каждого отдельного учреждения. Изучение проблемы качества здоровьесберегающей деятельности тесно связано с разработкой научно-практических основ ее обеспечения, что во многом зависит от корректного определения понятия *«качество здоровьесберегающей деятельности»*, описания которого в концентрированной логико-лингвистической форме в известной нам литературе нет.

Проведенный анализ существующих трактовок понятия *«качество здоровьесберегающей деятельности»* убеждает в его недостаточной теоретико-педагогической разработанности. Здоровьесберегающая деятельность образовательных организаций отождествляется то с направленностью на решение задач сохранения и укрепления здоровья, то с определенным характером обучения, способным поддерживать наличествующий уровень здоровья субъектов образовательного процесса, то с отдельно рассматриваемыми принципами валеологизации в образовательных системах [19]. Вопрос о качестве данной деятельности в изученной нами научно-исследовательской литературе практически не поднимался.

Исследуя здоровьесберегающую деятельность через единство процессов воспитания, обучения и развития в достижении планируемого уровня здоровья обучающихся, мы видим сущность данной деятельности в реализации охранительной и тренирующей стратегии заботы

о здоровье, системообразующим фактором и результатом которой является формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, а именно формирование опыта здоровьесберегающей деятельности и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала, а также организацию собственного здорового образа жизни.

Исследуя понятие «качество здоровьесберегающей деятельности», рассмотрим дефиницию «качество».

Следует начать с того, что категория качества, как и собственно качественный подход (квалитативизм), была создана и применялась для обозначения достоверных знаний о систематически организуемых процессах жизни и смысле деятельности. С этой точки зрения работа с качеством оказывается практической эпистемологией или эпистемотехникой как практикой разработки, определения и выверения статуса управленческих знаний и решений [147, с. 52].

В системе философских категорий «качество» занимает важное место и используется в рамках научного познания и при решении большого круга практических задач. Учение о нем создавалось на философско-методологической базе со времен Аристотеля, который обозначил качество как существенную определенность объекта, в силу которого он является данным, а не другим объектом. В трудах Аристотеля, И. Канта, Г. Гегеля проводится анализ данного понятия, оно сопоставляется с категорией «количество» [138, 142 и др.].

Проводя анализ категории «качество», мы разделили имеющиеся определения на две группы: отражающие структурно-содержательный аспект качества объекта и выражающие качество объекта с позиций его социальной ценности, востребованности и функциональности.

Первая группа структурно-содержательных суждений характеризует качество с точки зрения его компонентов и их взаимосвязей. Утверждается, что качество объекта зависит от только ему присущих внутренних и внешних свойств и от особенностей организации этих свойств. В определении качества как совокупности свойств объекта (продукта) отражен структурно-содержательный аспект этого понятия. В то же время качество объекта не является суммой его свойств, а представляет собой преобразованное целостное свойство, которое иногда обозначают термином «интегральное качество».

Вторая группа определений качества объекта базируется на социальном контексте его понимания. Согласно такому видению, некоторый объект обладает качеством, если свойства этого объекта отвечают ожиданиям потребителя, пользователя, т. е. качество есть мера удовлетворения потребностей. Другими словами, качество есть совокупность характеристик объекта (продукции или процесса), относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности. Оценивая качество какого-либо объекта, мы тем самым оцениваем степень удовлетворения этим объектом соответствующей индивидуальной или общественной потребности. Причем от значимости этой потребности будет зависеть значимость качества объекта (в нашем случае, здоровьесбережения).

Данный подход находит отражение и в определении качества в международных стандартах серии ISO 8402:1994, где оно трактуется как совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные или предполагаемые потребности. Это дает основания считать, что социальный контекст понимания категории качества связан с понятиями социальной потребности, соответствия назначению (функции объекта), а также цели и результату человеческой деятельности. Следовательно, мы не можем дать характеристику какому-либо объекту качества (в том числе и качества здоровьесберегающей деятельности), не раскрыв его цели и не показав итогового результата.

Для педагогической науки понятие качества является относительно новым: в 90-е гг. XX столетия с формированием иных, чем прежде, отношений образовательных организаций с государством, обществом, гражданами, обретением ими большей самостоятельности встала проблема качества образовательных услуг. Исследователи вводят термин «качество образования».

На сегодняшний день существует множество толкований понятия «качество образования». Качество образования рассматривается следующим образом:

- как соответствие ожиданиям и потребностям личности и общества, определяющееся показателями результативности и состояния процесса образования (В. А. Кальней, А. И. Моисеев, М. М. Поташник, С. Е. Шишов и др.);
- соответствие совокупности свойств образовательного процесса и его результатов требованиям стандарта, социальным нормам общества, личности (Н. А. Селезнева, А. И. Субетто, В. П. Панасюк и др.);

- соответствие результата целям образования, спрогнозированным на зону потенциального развития личности (М. М. Поташник и др.);
- как способность учебного заведения удовлетворять установленные и прогнозируемые потребности (Г. А. Бордовский, П. И. Третьяков, Т. И. Шамова и др.).

Понятие «качество образования» может быть определено с позиций философии как комплексная категория, обозначающая некие образовательные систему, модель, практику, обладающие совокупностью свойств, признаков, существующих в единстве, неотделимых от них и проявляющихся во взаимодействии с другими объектами, явлениями, системами. Учитывая, что в философии эта категория не носит оценочного характера, образование, по сути, и есть создание качества, а именно совокупности характеристик – не плохих или хороших, а разных [151, с. 41–42].

Подчеркнем, что качество образования связано с соответствием требованиям заинтересованных сторон. Качество определяется мерой (степенью) соответствия комплексного результата образования условиям и требованиям стандартов, договоров, контрактов, уставов образовательных организаций, индивидуальным требованиям обучающихся и их родителей [151, с. 41–42]. То есть качество образования имеет оценочный смысл и рассматривается с экономических позиций как качество продукции или оказываемых услуг (в нашем случае, услуг по сохранению и укреплению здоровья обучающихся).

Г. А. Шапоренкова выделяет три подхода к обеспечению качества образования (один из которых как раз апеллирует к экономике) [149, с. 53]:

- 1) основанный исключительно на использовании педагогических знаний;
- 2) предполагающий заимствование (копирование) положений теории управления качеством и опору на технические знания о качестве, сложившиеся в сфере экономики и производства;
- 3) являющийся чем-то средним между первым и вторым: этот подход (политеоретический) подразумевает адаптацию промышленного качества к специфике образовательной деятельности.

Перед исследователями стояла задача теоретического осмысления опыта работы по обеспечению качества в сфере производства и услуг, изучения возможности его использования в системе образования

с учетом особенностей этой сферы [54, 99, 137 и др.]. Одним из результатов решения задачи стало внедрение в систему образования систем управления качеством, построенных на основе теории всеобщего управления качеством (TotalQualityManagement – TQM) систем, ориентированных на результат [27, 63].

В России результатом (продуктом) образовательного процесса считается качество подготовки выпускника, которое определяется главным образом содержанием государственных образовательных стандартов, регулирующих деятельность образовательных организаций. Содержание образования конкретного уровня и направления определяется программами учебных дисциплин или их циклов. Эти программы должны обеспечивать достижение такой степени качества, которую предписывают государственные образовательные стандарты. Однако только соблюдение стандартов не гарантирует высокого качества образования. Современные обучение и воспитание ориентированы не только на усвоение определенной суммы знаний, но и на становление личностных характеристик обучающихся, развитие их познавательных и созидательных способностей, т. е. на формирование ключевых компетенций, наличие которых в итоге и определяет качество и результат образования.

Применительно к здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций результат выражается во владении обучающимся компетенцией, позволяющей не только обеспечить сохранность своего здоровья и здоровья окружающих, но и наращивать его, т. е. в готовности к здоровьесориентированной деятельности.

Вернемся к качеству образования, которое может быть представлено следующим образом:

- во-первых, в виде комплексного результата образования, включающего знания и компетенции (результат обучения), способы поведения (результат воспитания), личностные качества (результат развития личности);
- во-вторых, как характеристика, определяющая соответствие знаний и компетенций выпускника требованиям государственных образовательных стандартов, соответствие его личностных качеств, ценностных установок и модели поведения принятым в данный период в обществе нормам;
- в-третьих, как совокупность образовательных достижений индивида, обуславливающая его способность удовлетворять личные потребности, а также потребности государства и общества.

Многие авторы (Э. С. Бука, В. В. Левшина, В. П. Панасюк, М. М. Поташник и др.), рассуждая о качестве образования, выделяют триаду – условия, процесс и результат образовательной деятельности [67, 99 и др.]. Каждая из составляющих триады тоже имеет свою структуру.

К условиям образовательного процесса относятся тип и вид образовательной организации, профессиональный уровень педагогических кадров, учебно-методическое, нормативно-правовое, материально-техническое и финансовое обеспечение.

Реализация образовательного процесса осуществляется на основе образовательной программы организации, включающей цели образовательной деятельности, учебный план, учебные программы, используемые педагогические технологии и методы обучения, систему диагностики промежуточных и итоговых результатов, систему управления и др.

Результаты образовательного процесса – показатели текущей и итоговой аттестации, творческие достижения обучающихся, состояние их здоровья, удовлетворение образовательного заказа (потребностей обучающихся и их родителей).

Достаточно четко компоненты качества образования систематизированы В. А. Качаловым [54]:

1) качество субъекта получения образовательных услуг (обучающегося);

2) качество объекта предоставления образовательных услуг (образовательной организации), в том числе:

- управления (назначение, цели, принципы, методы, структуры, организация планирования);

- проекта предоставления образовательных услуг (структура и содержание программ обучения);

- ресурсного обеспечения процесса предоставления образовательных услуг: материально-технического, методического, кадрового и т. д.;

3) качество процесса предоставления образовательных услуг:

- организации и реализации применяемых технологий предоставления образовательных услуг (структура взаимодействия субъектов, форма и содержание образовательного процесса, мотивационные факторы);

- контроля над процессом предоставления образовательных услуг;

- результатов предоставления образовательных услуг.

Качество здоровьесбережения, являясь одним из элементов качества образования и, соответственно, системой более низкого уровня, вбирает в себя компоненты системы высшего уровня, отражая и преломляя их сообразно своей специфике.

Повышение качества образования связано с развитием потенциала личности и способности образовательной системы удовлетворять имеющиеся и предполагаемые требования потребителей, в нашем случае в отношении здоровья обучающихся. Однако качество образования, как и качество здоровьесберегающей деятельности, часто наполняется формализованным содержанием (квалификация педагогического персонала в вопросах здоровьесбережения, количество проведенных мероприятий, наличие валеологических программ и т. д.), что не может справедливо и в полной мере отражать конечный результат. Качество здоровьесберегающей деятельности состоит в совпадении результатов с целями этой деятельности, в готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности, обеспечивающей охрану его здоровья, или здоровьесбережение. Качество здоровьесберегающей деятельности можно рассматривать как интегральную характеристику деятельности образовательной организации в области охраны здоровья и личностного развития обучающегося и его готовности к здоровьесориентированной деятельности.

Говоря о готовности к здоровьесориентированной деятельности как системообразующем факторе здоровьесбережения, безусловно, необходимо обозначить критерии данной готовности. Для этого обратимся к ГОСТ Р ИСО серии 9000–2008, где качество трактуется как «степень соответствия присущих характеристик требованиям» [33, с. 16]. Это определение заметно отличается от других известных толкований: в нем отсутствует какое бы то ни было указание на носителя качества («объект», «продукция», «услуга»), а качество и требования связаны непосредственно. Все иные стандартные определения в том или ином виде содержат утверждение, что качество – это совокупность характеристик (свойств), которая или удовлетворяет, или не удовлетворяет потребителя и другие заинтересованные стороны. С нашей точки зрения, формулировка, содержащаяся в ГОСТ Р ИСО 9000–2008, позволяет наиболее адекватно описать неоднозначную оценку совокупности свойств.

А. Д. Шадрин показывает, как практически можно оценить качество, используя графики распределения вероятностей случайных величин (оценок качества), когда оценка качества даже единичного объ-

екта производится таким же образом, каким традиционно оценивается качество массовых объектов, имеющих количественное измерение [146]. Ключевым здесь является именно слово «степень», которое означает сравнительную величину, меру, уровень – т. е. число, причем случайное. Достоинство оценки качества с помощью распределения состоит в том, что кривая распределения касается оси абсцисс в бесконечности, а это означает отсутствие предела качества как в отрицательную, так и в положительную сторону. И если «бесконечно плохое» качество представляет, возможно, только теоретический интерес, то предел «положительного» качества, находящийся в бесконечности, вполне соответствует интуитивному представлению людей о том, что предела совершенству нет [146].

Описанный подход к оценке качества имеет, в нашем случае, несколько благоприятных следствий для теории и практики качества здоровьесберегающей деятельности. Во-первых, оценка качества здоровьесберегающей деятельности получает соответствующее международному стандарту визуальное отображение. Во-вторых, применение универсального, адекватного подхода к оценке качества любых объектов вбирает в себя многообразие потребностей и взглядов субъектов, проводящих оценку качества здоровьесберегающей деятельности. В-третьих, достаточно хорошо отработанные в теоретическом и практическом плане оценки качества с помощью статистических методов, а также методы оптимизации процессов, результат которых описывается с помощью распределений характеристик, обеспечивают возможность их эффективного практического применения в оценке и управлении качеством здоровьесберегающей деятельности.

Обобщим вышеизложенное, уточнив, по возможности полно и вместе с тем лаконично, понимание всех аспектов такого явления, как качество здоровьесберегающей деятельности:

- аспект свойства: качество здоровьесберегающей деятельности есть степень готовности обучающегося к здоровотворческой деятельности, определяемая совокупностью его личностных свойств, соответствующих свойствам, заданным целями здоровьесбережения;
- внешне-внутренняя обусловленность качества: совокупность личностных свойств обучающегося, готового к здоровьесберегающей деятельности, представляет собой единство взаимообусловленных, взаимовлияющих и взаимодействующих внутренних и внешних характеристик;

- структурность, иерархичность и динамичность качества: свойства личности обучающегося, объекта или процесса определенным образом структурированы, динамичны, подвержены изменениям и развитию;

- отражение качества процессов в качестве результатов: степень готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности определяется качеством процессов формирования и развития его личностных свойств;

- аспект определенности: качество здоровьесберегающей деятельности (как процесс и система) определяется качеством частей, элементов, его составляющих.

Таким образом, качество здоровьесберегающей деятельности относится к категории качества образования и отражает адекватность содержания образования потребностям социума и личности. Оно представляет собой сложную многоуровневую, динамическую систему качеств, которые в интегральной форме ориентированы на обеспечение итогового качества – готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности.

Исходя из всего вышесказанного можно вывести следующее определение: *качество здоровьесберегающей деятельности есть соответствие деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся (как результата, как условия и как процесса) личностным и общественным потребностям, обеспеченное рациональной организацией и управлением составляющими данную деятельность процессами.*

Определение качества здоровьесберегающей деятельности соответствует имеющейся в последнее время в педагогике тенденции к более активному применению категории качества как критерия при анализе и интерпретации различных явлений и аспектов педагогической деятельности. Полученное знание связано с исследованием проблем управления образовательными процессами, в частности, с проектированием систем организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построение которых следует осуществлять в соответствии с теорией управления качеством образования. Применение теории управления качеством отвечает современной ситуации инновационного процесса перехода от знаниевого образования к системно-деятельностному и компетентностному.

Изложенное позволяет сделать ряд выводов. Понимание значимости деятельности образовательных организаций по сохранению и укреп-

лению здоровья и, равно с ними, формированию здоровьесберегающей личностной позиции (позиции, способствующей преодолению внутренней инерции человека в отношении собственного здоровья) позволяет рассматривать здоровьесбережение как высокоэффективную систему действий по улучшению здоровья нации и интеллектуально-творческому развитию современного человека. Анализ развития здоровьесберегающей деятельности и обеспечения ее качества позволил определить общую методологию проводимого исследования, позволяющую раскрыть место и роль здоровьесбережения в социальной системе и в системе образования. При этом получены следующие результаты.

1. Уточнены основные понятия.

Здоровье – многомерное интегральное личностное образование, отражающее физическое, психическое и духовно-нравственное состояние человека, осознаваемое им как ценность, являющееся определяющим условием его развития, детерминированное степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и обеспечивающее формирование устойчивых моделей поведения, направленного на его сохранение и укрепление.

Здоровьесберегающая деятельность (в рамках системы образования) – способ реализации всех компонентов образования (воспитания, обучения и развития) в их единстве, обуславливающий деятельность образовательных организаций по охране и укреплению здоровья обучающихся, целенаправленно обеспечивая достижение планируемого результата – готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Качество здоровьесберегающей деятельности – соответствие деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся (как результата, как условия и как процесса) личностным и общественным потребностям, обеспеченное рациональной организацией и управлением составляющими данную деятельность процессами.

2. Показаны основные механизмы сохранения здоровья детей и соответствующие им ориентиры здоровьесберегающей деятельности: *сохранения здоровья и повышения его резервов, формирования здоровья.*

3. Проведен анализ современного состояния здоровьесберегающей деятельности, позволивший выделить основные достижения и существующие проблемы в данном виде образовательной деятельности.

Установлено, что масштабы, целевая и содержательная направленность здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций российской системы образования весьма разнообразны. Однако несмотря на высокую научную степень существующих разработок и положительный опыт их частичной практической реализации общая тенденция к снижению уровня здоровья обучающихся в период обучения сохраняется и, в целом, масштабная результативность здоровьесберегающей деятельности, ее качество не достигнуты. Разрешение данной проблемы, на наш взгляд, заключается в обеспечении возможности интегративного применения существующего опыта (с тем или иным уклоном, соответствующим возможностям конкретной образовательной организации) через его организацию, упорядоченность и управляемость на уровне каждого учреждения.

4. Раскрыта сущностная сторона качества здоровьесберегающей деятельности, позволившая определить основные ориентиры в его обеспечении. Качество здоровьесбережения представлено одним из элементов качества образования как системой более низкого уровня, вбирающей в себя компоненты системы высшего уровня, преломляя их согласно своей специфике. Все компоненты данного качества имеют свой состав свойств и качество (уровень) этих свойств, в силу чего правомерно утверждать о сосуществовании разнообразных подсистем качества, имеющих в своей основе разную природу.

Рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как сложную многоуровневую динамическую систему качеств, в интегральной форме ориентированных на обеспечение итогового качества – готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности, необходимо исследовать сущностную и структурную составляющие данной готовности, особенности, механизмы и условия ее формирования.

Глава 2. ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

2.1. Здоровьеориентированная деятельность обучающихся как системообразующий фактор здоровьесберегающей деятельности образовательной организации

Показателем качества здоровьесберегающей деятельности образовательной организации выступает степень готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности как одной из сторон его личностного развития, что обуславливает необходимость раскрытия сущности данной готовности.

Характеризуя здоровьесориентированную деятельность, обратимся к дефиниции «ориентир». Определяется ориентир как избранная цель в жизни, поведения, как то, что служит опорой в жизни, направляет чью-либо деятельность [40, 94]. Представленные ранее в исследовании толкования понятий «здоровье» и «деятельность» позволяют охарактеризовать здоровьесориентированную деятельность, во-первых, как структурную (включающую в себя следующие компоненты: предмет, средства, цель и результат) и операционно-организованную активность человека по достижению цели в сохранении и укреплении здоровья; во-вторых, как активное поведение человека, мотиватором которого выступает здоровье (как общечеловеческая ценность). В представленной характеристике здоровьесориентированной деятельности здоровье предстает и как результат данной деятельности, ее целевой ориентир, и как ценность, что имеет для нас определяющее значение. Здоровье правомерно считается естественной, абсолютной и непреходящей жизненной ценностью, занимающей верхнюю ступень в иерархии общечеловеческих ценностей [47, 87, 154].

Исследователи определяют ценности как вещественно-предметные свойства явлений, характеристики, обозначающие положительные и отрицательные значения для индивида и общества [75, 167], как базальные свойства личности, определяющие мотивы поведения человека и формирующие его склонности.

В отечественных исследованиях к ценностям относят элементы структуры сознания – ценностные ориентации, определяемые через отношения, потребности, установки, мотивы и интересы [87, 108, 129].

Выделяя терминальные и инструментальные классы ценностей, М. Рокич к первым относит убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться, ко вторым – убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях [167].

Ценности служат ориентиром деятельности и поведения человека только при условии сформированности у него ценностных отношений и сознания [75].

Ценностное сознание являет собой форму отражения объективной действительности, позволяющую субъекту определить пространство своей жизнедеятельности как нравственно-духовное; это единство психических процессов, активно участвующих в осмыслении человеком объективного мира и своего собственного бытия на основе отражения действительности как мира духовных ценностей. Именно ценностное сознание является основой мировоззрения, строящегося на отражении и проектировании реальной жизни людей, их устремленности в будущее с учетом опыта предшествующих поколений и позиции всеобщего блага.

Ценностное отношение представлено как внутренняя позиция человека, отражающая взаимосвязь личностных и общественных значений. Объектами ценностного отношения являются значимые для человека предметы и явления. Поскольку ценностное отношение – это связь субъекта и объекта, в которой свойство последнего не просто значимо, а удовлетворяет потребность субъекта, то ценностью в нем является свойство объекта, отвечающее интересам человека или поставленной им цели. Природа ценностного отношения эмоциональна, так как оно отражает субъективную и личностно-переживаемую связь человека с окружающим миром.

Условием возникновения ценностного отношения является вовлечение его объектов в различные виды деятельности [86]. А значит, здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений должна быть организована таким образом, чтобы повышать внутреннюю активность человека: через формирование необходимого объема знаний и их творческое осмысление к последующему закреплению результатов в различных видах деятельности по сохранению и укреплению здоровья.

Исследователями установлено, что в основе деятельности человека, ориентированного на сохранение и укрепление здоровья, лежит непрерывный процесс взаимодействия между ним и ситуациями, в которые он включен, и на которые реагирует на основе когнитивных, смысловых и мотивационных факторов, а также того психологического значения, которое ситуация имеет для него в данный момент. Соответственно, основным показателем, свидетельствующим о готовности и способности человека эффективно управлять личной деятельностью по сохранению и укреплению здоровья, является уровень сформированности категорий установочной системы на здоровьеориентированную деятельность [73 и др.].

Здоровьеориентированную деятельность в этом случае следует представить как осознанную познавательную, деятельностьную, поведенческую и другую активность человека, направленную на сохранение и укрепление здоровья. Данная активность должна быть обеспечена соответствующей стратегией, технологиями, приемами и методами. Немалое значение имеет и социально-педагогическая поддержка данной деятельности человека со стороны ближайшего окружения.

Понятие «*готовность*» в толковых словарях русского языка определяется как согласие или желание сделать что-нибудь, содействовать чему-нибудь [40].

Психологические словари трактуют готовность к действию как установку, направленную на выполнение того или иного действия [14, 21], что предполагает наличие не только определенных знаний, умений, навыков, но и стремления противодействовать возникающим в процессе выполнения действия препятствиям. Готовности приписывается какой-либо личностный смысл в отношении выполняемого действия. Именно как устойчивую характеристику личности рассматривают исследователи готовность, когда обращаются к ее психофизиологическим основам (А. А. Ухтомский и др.) [134]; определяют ее компоненты (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн и др.) [109]; говорят о ней как о синтезе свойств личности, определяющих пригодность человека к деятельности (В. С. Ильин, В. А. Сластенин и др.) [49].

На физиологическом уровне готовность рассматривается в соответствии с учением А. А. Ухтомского, согласно которому механизм данного состояния (готовности) опирается на подвижность «нервных приборов», обеспечивающих переход от «оперативного покоя» к сроч-

ному действию [134]. Своеобразным фоном для готовности выступают психофизиологические процессы (ощущение, восприятие, мышление, эмоции, внимание и др.) как элементы формирования динамического стереотипа, что позволяет целенаправленно отбирать специфические требования к способностям человека, в нашем случае здоровотворческих, концентрировать и оценивать их. В зависимости от особенностей здоровотворческой деятельности ключевыми могут быть функции анализаторов, аналитико-синтетические функции центральной нервной системы, а также функции, составляющие основу мотивации, внимания, памяти, двигательных действий. Поэтому *готовность к здоровьесориентированной деятельности* возможно определить как *субъективное состояние личности, означающее желание и способность заниматься деятельностью по сохранению и укреплению здоровья*.

Анализ понятия «готовность» позволяет представить собственную готовность как важное качество личности. Личность в этом случае есть характеристика конкретного человека как субъекта социальных отношений и сознательной деятельности, свободно и ответственно определяющего свою позицию среди других [103, с. 32]. Также личность отличается устойчивостью мотивов поведения и практических действий, интересов, склонностей, определенного мировоззрения, направляющих ее деятельность относительно независимо от текущих ситуаций.

Являясь сложным психологическим образованием, готовность включает в себя ряд взаимосвязанных *личностных компонентов* (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн и др.) [109]:

- мотивационный (положительное отношение, интерес к деятельности);
- ориентационный, когнитивный (определенные знания, представления об особенностях и условиях деятельности, ее требованиях к личности; уровень сформированности познавательных процессов: ощущений, восприятия, памяти, мышления, соображения, внимания);
- операциональный, процессуальный (владение способами деятельности, необходимыми знаниями, навыками, умениями, процессами анализа, синтеза, сравнения, обобщения и др.; перенос индивидуального опыта в повседневную практику);
- волевой (ответственное отношение, целеустремленность в деятельности; самоконтроль);
- оценочный, рефлексивный (самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам).

Выделяют длительную готовность и временное состояние готовности. Первая определяет уровень пригодности, вторая – предстартовое состояние к деятельности, в нашем случае здоровьесоздающей. Данное разделение показывает потенциальное различие общих и ситуационных характеристик психологических систем. Кроме того, предполагается существование некоего индивидуального, личностного барьера психологической готовности к деятельности.

В различных источниках готовность трактуется как состояние, свойство или качество личности, но в любом случае она является предпосылкой к эффективной деятельности. Соответственно, ведя речь о сущности и содержании готовности обучающихся к здоровьесоздающей деятельности, необходимо принимать во внимание, что они обусловлены закономерностями жизнедеятельности человека и будут определяться, прежде всего, целями и характером решаемых в течение жизни задач, связанных с охраной здоровья.

Таким образом, *готовность к здоровьесоздающей деятельности* следует определить как *состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению здоровья при вооружении его соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличием у него решимости совершать их.*

Соответственно, формирование готовности должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности, с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями в отношении здоровья.

2.2. Теоретические аспекты формирования готовности обучающихся к здоровьесоздающей деятельности

В качестве основных подходов к обеспечению формирования готовности обучающихся к здоровьесоздающей деятельности следует выделить аксиологический, онтогенетический, холистический, акмеологический, личностно-деятельностный и векторно-контекстуальный.

В рамках *аксиологического подхода* здоровье личности рассматривается как приоритетная универсальная и социальная ценность, занимающая самую высокую ступень в иерархии потребностей человека

(А. Я. Иванюшкин, Ю. В. Науменко, Б. Г. Юдин и др.). Соответственно, необходимо ориентировать образовательный процесс на формирование у обучающихся реальных представлений о подлинных и мнимых ценностях жизни и деятельности, на выбор ими позитивной здоровьесохранной стратегии взаимодействия с окружающим миром. Под содержанием ценностей здоровья мы понимаем комплекс компонентов (физический, интеллектуальный, эмоциональный, социальный, личностный, духовный), которые позволяют обучающимся удовлетворять свои потребности в здоровом образе жизни и способствуют формированию у них готовности к здоровьесохранной деятельности и здоровьесберегающей личностной позиции.

Онтогенетический подход предусматривает рассмотрение стратегий отношения человека к своему здоровью в различные периоды онтогенеза и учет этих особенностей при разработке содержательно-процессуальных основ построения индивидуальных траекторий безопасного и здорового образа жизни в условиях образовательной организации (Н. П. Абаскалова, Р. Е. Айзман, Э. М. Казин, Л. Г. Татарникова и др.).

Холистический подход предполагает рассмотрение здоровья в единстве всех его компонентов и признание в качестве наиболее эффективной стратегии реализации приоритетов здоровья в образовании интеграцию усилий специалистов различного профиля в сфере сохранения и укрепления здоровья (В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.).

С позиций *акмеологического подхода* здоровье рассматривается как показатель жизненного благополучия человека и результат его саморазвития (А. А. Деркач, Н. М. Полетаева и др.). Соответственно, следует формировать у обучающихся высокую субъектную значимость здоровья и добиваться его осознания как предпосылки реализации собственных жизненных задач.

Использование *лично-деятельностного подхода* позволяет раскрыть здоровье как характеристику личности, формирующуюся в его деятельности и являющуюся результатом этой деятельности (Л. С. Выготский, Т. Ф. Орехова и др.). Деятельность следует рассматривать как главный источник формирования личности и фактор ее развития, поскольку в деятельности обучающийся приобретает опыт, который, актуализируясь, вызывает развертывание внутренних структур личности и приобретает тем самым личностный смысл. Реализация данного под-

хода предполагает ориентацию на развитие творческого потенциала личности и позволяет учесть индивидуальные и возрастные особенности каждого обучающегося посредством включения в деятельность, способствует самореализации и личностному росту.

Обозначенные концептуальные подходы позволяют рассматривать здоровье в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять.

Детерминацию поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья на уровне отдельной личности можно проследить в следующих теориях.

1. *Теория убеждений о здоровье* (И. Розенсток) [168]. Теория базируется на следующих аспектах представления о здоровье и поведении, его сохраняющем: во-первых, на восприятии угрозы (представление о восприимчивости к болезни и ожидаемой тяжести болезни) и, во-вторых, на оценке поведения (представление об эффективности рекомендуемых мер для борьбы с болезнью и оценка требуемых усилий для реализации соответствующего поведения). Для реализации сберегающего здоровье поведения необходимы внутренние (личностные, связанные с ухудшением собственного здоровья) и внешние (социальные, связанные с распространением информации о заболеваемости и смертности населения) запускающие механизмы.

2. *Теория здравого смысла и саморегуляции* (Н. Левентал) [162]. В рамках данной теории предполагается, что человек, опираясь на различного рода информацию (собственный опыт или доверительные информационные источники), самостоятельно формирует собственные ментальные представления о болезнях, предварительно осмыслив их. На основании чего он затем вырабатывает стратегию совладания с болезнями, в последующем определяющую выбор адекватного копинг-поведения¹, направленного на адаптацию к болезни.

3. *Теория причинного действия* (И. Айзен) [156]. Согласно данной теории, поведение человека относительно здоровья зависит от его намерений действовать определенным образом. В основе намерений лежат такие факторы, как установки человека в отношении реализации

¹ Копинг-поведение – одна из форм поведения, направленная на приспособление к обстоятельствам; готовность индивида решать жизненные проблемы (по А. Маслоу) [76].

конкретных видов поведения и ранее усвоенные социальные (субъективные) нормы. Установки, в свою очередь, включают предположения о том, к каким результатам приведут конкретные действия, а также догадки о ценности этих результатов. Субъективные нормы формируются на основе представлений о том, одобряют ли поведение окружающие, а также на основе мотивации вести себя так, как этого хотят окружающие. На оба представленных фактора оказывают влияние социально-демографические характеристики, личностные особенности, опыт, культура и т. д.

4. *Теория социального научения* (А. Бандура, С. М. Миллер) [157]. Поведение человека с позиций данной теории рассматривается в контексте окружающей физической и социальной среды, которая оказывает решающее воздействие на сберегающее здоровье поведение человека, даже если это влияние им не осознается. Человек обучается данному поведению через подражание поведению других лиц (как правило, похожих на него, имеющих более высокий социальный статус и положительные результаты от данного типа поведения), модели которого он наблюдает.

5. *Теория самоэффективности* (А. Бандура) [157]. В соответствии с теорией социального научения, принцип самоэффективности обуславливает поведение человека, поскольку детерминирует начало сберегающей здоровье деятельности и ее течение. Самоэффективность рассматривается как уверенность в эффективности собственных действий, предопределяющая их успех. Соответственно, человек избегает тех действий, для выполнения которых собственных ресурсов недостаточно, включаясь только в заведомо успешную деятельность, соответствующую его способностям и возможностям.

6. *Теория поиска ощущений* (М. Цукерман) [170]. Согласно данной теории, человек стремится к таким видам активности и получения опыта, которые способствуют удовлетворению его потребности в ощущениях низкого и высокого уровня. Теория применялась для объяснения поведения человека, связанного с высоким риском для здоровья.

7. *Теория стадий изменения поведения (транстеоретическая модель)* (Дж. О. Прохаска) [165]. Теория дает описание стадий, которые человек проходит при изменении своего поведения в благоприятную для здоровья сторону: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; ста-

дия подготовки к изменениям; стадия действия; стадия поддержания изменений; завершающая стадия.

8. *Концепция отношения к здоровью* (Р. А. Березовская, И. В. Журавлева, Г. С. Никифоров, Л. В. Куликов и др.) [13]. Концепция интегрирует выделенные в описанных выше теориях поведения в сфере здоровья факторы, обуславливающие данное поведение на уровне личности. Здоровье выступает ведущим элементом поведения, направленного на его охрану и содержащего следующие компоненты:

1) когнитивный (знания человека о здоровье, о том, какие факторы оказывают на него разрушительное воздействие, а какие позитивное, какова роль здоровья в жизнедеятельности человека);

2) эмоциональный (чувства и эмоции, связанные с состоянием здоровья);

3) мотивационно-поведенческий (особенности поведения человека в области сохранения, укрепления и развития здоровья, а также место здоровья в структуре жизненных ценностей индивида).

Положения данной концепции в последующем легли в основу построения векторно-контекстуальной модели здоровьесозидающего потенциала личности [71], нашедшей применение при определении здоровьесберегающего потенциала личности в нашем исследовании.

Данный потенциал являет собой динамическую психологическую систему представлений о предпочитаемой модели (идеальном образе) здоровья и собственных ресурсах (когнитивных, эмоционально-волевых, физических, духовно-нравственных и др.), а также средствах и способах их наращивания [71, с. 233]. Раскрывается здоровьесберегающий потенциал через совокупность внешних и внутренних условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья.

Внутренние условия:

- физические (соматические) – наследственность, уровень физического развития (соматометрические, соматоскопические и физиометрические показатели), уровень состояния здоровья (наличие или отсутствие хронических заболеваний), уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности (показатели кондиционных физических качеств);

- психологические – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.) и его соответствие установленным возрастным нормам;

- духовно-нравственные – уровень развития эмоционально-мотивационной сферы, ценностных ориентаций и установок; уровень адекватности поведения требованиям социальной среды.

Внешние условия:

- социальные – наличие и доступность услуг физкультурно-оздоровительных, коррекционно-психологических, медико-реабилитационных и иных центров и служб содействия укреплению здоровья;

- общественно-идеологические – наличие стойких идеологических позиций в отношении приоритетности здоровья, здорового образа жизни, поддерживаемых на всех уровнях государственной власти (федеральном, региональном, муниципальном и объектном).

В качестве одного из основных проявлений здоровьесберегающего потенциала можно выделить стремление человека к совершенству – «творение – себя – из себя» [72]. Руководить данным процессом возможно в направлениях заданных векторов: метапознавательные способности, здоровьесберегающая установка и здоровьесберегающая компетентность.

Метапознавательные способности характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие отражать, оценивать и осознанно управлять когнитивной системой при построении и оценке поведения, ориентированного на сохранение и укрепление здоровья. Содержательное поле данного вектора включает отражение, оценивание, управление собственной когнитивной системой (этот вектор субъективно может быть описан вопросом «На что я воздействую?»).

Здоровьесберегающая установка определяется как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесберегающего потенциала. Данная установка бывает первичной и вторичной. Первичная здоровьесберегающая установка создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности в повышении ранга ценности здорового образа жизни в общей системе ценностей личности («Что я хочу иметь?»). Вторичная установка образуется на основе доминирующей потребности в наращивании здоровьесберегающего потенциала в условиях угрозы его деформации, что, как правило, связано с невозможностью реализации этого потенциала в результате устойчивого негативного воздействия внешней среды.

Здоровьесберегающая компетентность характеризует уровень становления, развития и владения практическими навыками сохранения, укрепления и развития здоровья, их применения (моделирования) в различных жизненных ситуациях, поскольку здоровьесберегающая активность должна быть обеспечена как практическим инструментарием (технологиями, приемами и методами), так и методическими подходами к его использованию при моделировании и построении соответствующих изменяющимся ситуациям стратегий (субъективно: «Что я могу?»).

Вектор следует рассматривать как элемент психологического пространства личности, обладающий направлением и имеющий дихотомические проявления [71, 72]. Движение по вектору не только задает ограничения, но и обеспечивает преимущества в развитии здоровьесберегающего потенциала.

Таким образом, формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся требует учета обозначенных концептуальных подходов. В свою очередь становление здоровьесберегающей личностной позиции предполагает дальнейшую разработку соответствующей модели готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, предусматривающей содержательную и оценочную характеристику ее структурных компонентов.

2.3. Модель готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности

Формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности предполагает предварительное создание некоего образа – модели, выступающей ориентиром как для самого субъекта здоровьесориентированной деятельности в его развитии и анализе (самоанализе), так и для образовательной организации, обеспечивающей данное становление. Как система требований к обучающемуся модель позволяет предвидеть цели, средства, методы, критерии становления личностно значимых качеств, необходимых для здоровьесориентированной деятельности.

В частности, данная модель должна быть обусловлена целями, характером и закономерностями жизнедеятельности человека; должна определяться степенью сформированности специфических способностей, личностных свойств, интересов и склонностей человека; обеспечивать достижение требуемых результатов в сохранении, укреплении

и развитии собственного здоровья человека в процессе жизнедеятельности; являться обобщенным критерием качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Модель готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности опирается на положение о целостности человеческой личности и имеет определенную структуру, соответствующую структуре личности. С учетом особенностей здоровьесориентированной деятельности в модели выстраивается система требований на основе структуры деятельности, развития сознания и всех личностных свойств обучающегося. Особый интерес в этой связи представляют труды Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. А. Ухтомского и других исследователей, где человек рассматривается как индивид, личность и субъект деятельности.

Целостный подход к индивидуальному развитию человека подразумевает изучение развития психических функций на протяжении всей жизни. Наша модель основывается на признании развития в качестве важнейшего методологического принципа. Модель предполагает развитие физиологических и психических процессов, качеств и свойств человека на основе его генотипа. Психика детерминирована, с одной стороны, мозгом, с другой – внешним объектом. Ведущая роль принадлежит здесь связи индивида с миром, с которым он вступает в действенный и познавательный контакт. Психическая деятельность есть деятельность мозга, взаимодействующего с внешним миром.

Личность, и как индивид, и как субъект деятельности, является продуктом интеграции процессов, где осуществляются жизненные отношения субъекта. Различные формы взаимосвязи субъекта с окружающей средой обеспечивают когнитивная, регулятивная и коммуникативная подсистемы. Согласно системным исследованиям Б. Ф. Ломова, любое психическое явление разворачивается одновременно в нескольких планах, раскрывающих разные масштабы его организации [70]. На первом плане фиксируются взаимосвязь и взаимодействие между субъектом и объектом. Психика здесь выступает как субъективное отражение объективного, как регулятор активности субъекта и как структура личностных образований. Второй план – совокупность относительно самостоятельных функциональных образований-подсистем. Третий план фиксирует субъекта в его отношении к системам более высокого уровня: включаясь в социальную систему, человеческий индивид становится носителем социального качества и выступает как лич-

ность, а включаясь в биологическую систему, – носителем природных качеств и выступает как организм. Каждая из этих систем, дифференцируясь, становится основанием разнообразных свойств человека: материально-структурных, функциональных, системных. Наконец, четвертый план раскрывает субъекта как движение микросистем (нейрональных интеграций), а психика в целом представляется как отражательная функция мозга. Целостное описание психики предполагает сочетание всех планов.

Системный подход к изучению психики человека позволяет установить, что ее целостность и дифференцированность возникают и формируются в ходе развития индивида. Психическое развитие индивида – это движение его основания, смена детерминант, возникновение, формирование и преобразование новых свойств или качеств. Системный подход предполагает учет многообразия источников и движущих сил развития человека, которое всегда связано с системой противоречий (между разными свойствами, уровнями, основаниями, факторами и т. д.) и имеет в виду разные пути их разрешения.

В психологическом плане можно выделить потенциал индивидуально-психического развития (одаренность, специальные способности, работоспособность, трудоспособность) и структурные свойства личности, в том числе темперамент. При этом жизненная целенаправленность личности, мотивация поведения выступают как некая совокупность или система отношений личности к обществу, труду, материальным ценностям, самой себе, культуре, другим людям, как взаимопроникновение смысла и значения, динамика, установки, нравственные позиции и мотивы поведения личности. Все стороны личности тесно взаимодействуют между собой, однако доминирующее влияние принадлежит социальной стороне: мировоззрению, направленности, потребностям, интересам, идеалам, стремлениям, моральным и этическим качествам.

Таким образом, исследователи рассматривают развитие человека, личности как единый сложный системный процесс, детерминированный историческими условиями общественной жизни и генотипом человека.

При разработке модели готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности следует придерживаться той позиции, что готовность в данном случае представляет собой совокупность и структуру психологических и психофизиологических особенностей человека, а также знаний, умений, навыков, необходимых для эффективного выполнения задач по сохранению и укреплению здоровья.

Поскольку здоровьеориентированная деятельность сопряжена с самоактуализацией и формированием здоровьесберегающей личностной позиции человека, в качестве *компонентов* здоровьеориентированной деятельности следует выделить саморефлексию (состояния тела, духа и интеллекта); самоцелеполагание (обнаружение нового Я самого себя); самопрограммирование (разработка последовательности своих действий по реализации себя и поиск ресурсов в себе); самореализацию (осуществление процесса выхода на новый образ Я).

Соответственно, основными компонентами готовности обучающегося образовательной организации к здоровьеориентированной деятельности следует считать следующие:

- *мотивационно-ценностный* – приоритетность ценности здоровья в системе ценностей, наличие потребности и желания сохранить и укрепить здоровье, доминирующая внутренняя мотивация к здоровьеориентированной деятельности;
- *когнитивный* – система знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; представления об особенностях и условиях здоровьеориентированной деятельности;
- *эмоционально-волевой* – ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в сохранении и укреплении здоровья; стремление к самопознанию, саморазвитию, самовоспитанию, отраженное в индивидуальном опыте здоровьеориентированной деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность осуществления здоровьеориентированной деятельности;
- *операционально-процессуальный* – владение способами осуществления здоровьеориентированной деятельности, перенос индивидуального опыта по сохранению и укреплению здоровья в повседневную практику;
- *оценочно-рефлексивный* – самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения здоровьеориентированных задач оптимальным образцам.

Содержание компонентов следует рассматривать как систему способностей обучающегося, границы целостности которой определяются требованиями здоровьеориентированной деятельности человека. Все компоненты готовности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую здоровьеориентированную деятельность, влияет на формирование когнитивного компонента. Сформированная мотивация, в свою очередь, оказывает воздействие на развитие эмоционально-по-

положительного отношения к самому процессу здоровьесберегающей деятельности, способствует проявлению волевых усилий. Положительные эмоции, сопровождающие ситуации успеха, фиксируются в сознании и стимулируют развитие когнитивного, волевого и рефлексивного компонентов. Развитые рефлексивные способности позволяют адекватно оценивать свою активность с позиций здоровьесбережения, корректировать эмоционально-волевые проявления, влияют на формирование потребности в углублении и систематизации знаний.

Содержание готовности как комплекса требуемых свойств личности является также совокупностью показателей, обеспечивающих возможность ее оценки. Переходя к рассмотрению содержания готовности, следует отметить, что в создании, сохранении и восстановлении состояния готовности к деятельности решающую роль играет ее взаимосвязь с различными сторонами личности. Вне реально существующих связей с другими характеристиками деятельности личности состояние готовности теряет свое содержание. С этой точки зрения для нашего исследования важно, что подобным образом определяются *способности* человека.

Согласно психологической концепции динамической функциональной структуры личности К. К. Платонова, способности включают элементы всех подструктур личности [101]:

1) *направленности* (убеждения, мировоззрение, идеалы, стремления, интересы, желания, т. е. социально обусловленные содержательные черты, которые не имеют непосредственных врожденных задатков и являются проявлением личности человека);

2) *опыта* (наряду с личным опытом, в том числе социальным, это знания, умения и навыки);

3) *индивидуальных особенностей* (воля, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции, память);

4) *биопсихических свойств* (типологические свойства личности, в частности, *темперамент*).

Критерии, по которым из этих подструктур выделяются способности, определяются самой их сущностью, связью с тем или иным видом деятельности. Соответственно, *здоровьесберегающие способности – специфические качества, необходимые для эффективного осуществления здоровьесберегающей деятельности*. При этом специфические качества в данном случае определяются как совокупность духовных, психических и физических качеств, необходимых и достаточных для эффективной деятельности по сохранению и укреплению здоровья.

Способности к здоровьесберегающей деятельности как свойства личности (из всех четырех представленных подструктур, по К. К. Платонову) включают в себя все требуемые для здоровьесориентированной деятельности характеристики личности (в том числе возможность применять здоровьесберегающие способности). При этом наличие связей между способностями как свойствами личности, а также цели и границ их совокупности позволяет признать такую совокупность целостной системой готовности к здоровьесориентированной деятельности, системообразующим фактором которой является ее цель, т. е. сама здоровьесориентированная деятельность.

Принимая во внимание, что развитие способностей (в том числе к здоровьесориентированной деятельности) – это их улучшение или совершенствование, следует учесть, что они могут развиваться как спонтанно, так и целенаправленно; как стихийно, так и организованно. Организованный процесс развития способностей происходит в системе образования и связан с сознательными действиями работников образования, направленными именно на развитие способностей. Чтобы способности человека успешно развивались, необходимо создать для этого оптимальные условия, среди которых следует выделить следующие [90, с. 411]:

- своевременное и полное выявление имеющихся у человека задатков;
- активное включение человека в те виды деятельности, в которых соответствующие задатки проявляются, а связанные с ними способности формируются и развиваются;
- одновременное включение человека в разные виды деятельности – такие, которые связаны со многими способностями;
- наличие грамотных, подготовленных педагогов, владеющих методикой развития способностей у других людей;
- применение для развития способностей современных эффективных средств и методов обучения;
- обеспечение систематического контроля и стимулирования процесса развития способностей как со стороны тех, кто их формирует и развивает, так и со стороны тех, у кого эти способности формируются и развиваются.

В отношении первого условия следует дополнительно отметить, что задатки, даже если они известны и определены, существуют на анатомо-физиологическом уровне и представляют собой лишь условие для развития способностей, но не являются гарантией их успешного разви-

тия. При наличии задатков, при правильно организованном обучении и воспитании человека имеющиеся у него хорошие задатки будут быстрее превращаться в способности; и в своем развитии его способности, связанные с соответствующими задатками, достигнут более высокого уровня, чем у человека, лишенного таких задатков. Однако если человека, имеющего задатки, специально не обучать, то задатки вряд ли превратятся у него в высокоразвитые способности [90, с. 411].

Обеспечение процесса формирования здоровьесберегающих способностей предполагает реализацию представленных условий. Результатом формирования готовности к здоровьеориентированной деятельности должно стать образование тех необходимых мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечат возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной обстановки, т. е. выработку здоровьесберегающей личностной позиции.

Принцип ценности – формирование устойчивой мировоззренческой позиции об общечеловеческих ценностях, ценностях собственного здоровья и здоровья окружающих как наивысших в иерархии ценностей.

Принцип интегрированности – разносторонность и комплексность педагогического воздействия на обучающихся в процессе сохранения и укрепления здоровья с учетом единства составляющих его компонентов (физического, психологического и социального), что обеспечивается интеграцией усилий специалистов различных профилей (медико-гигиенического, психолого-педагогического, социально-педагогического), задействованных в здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

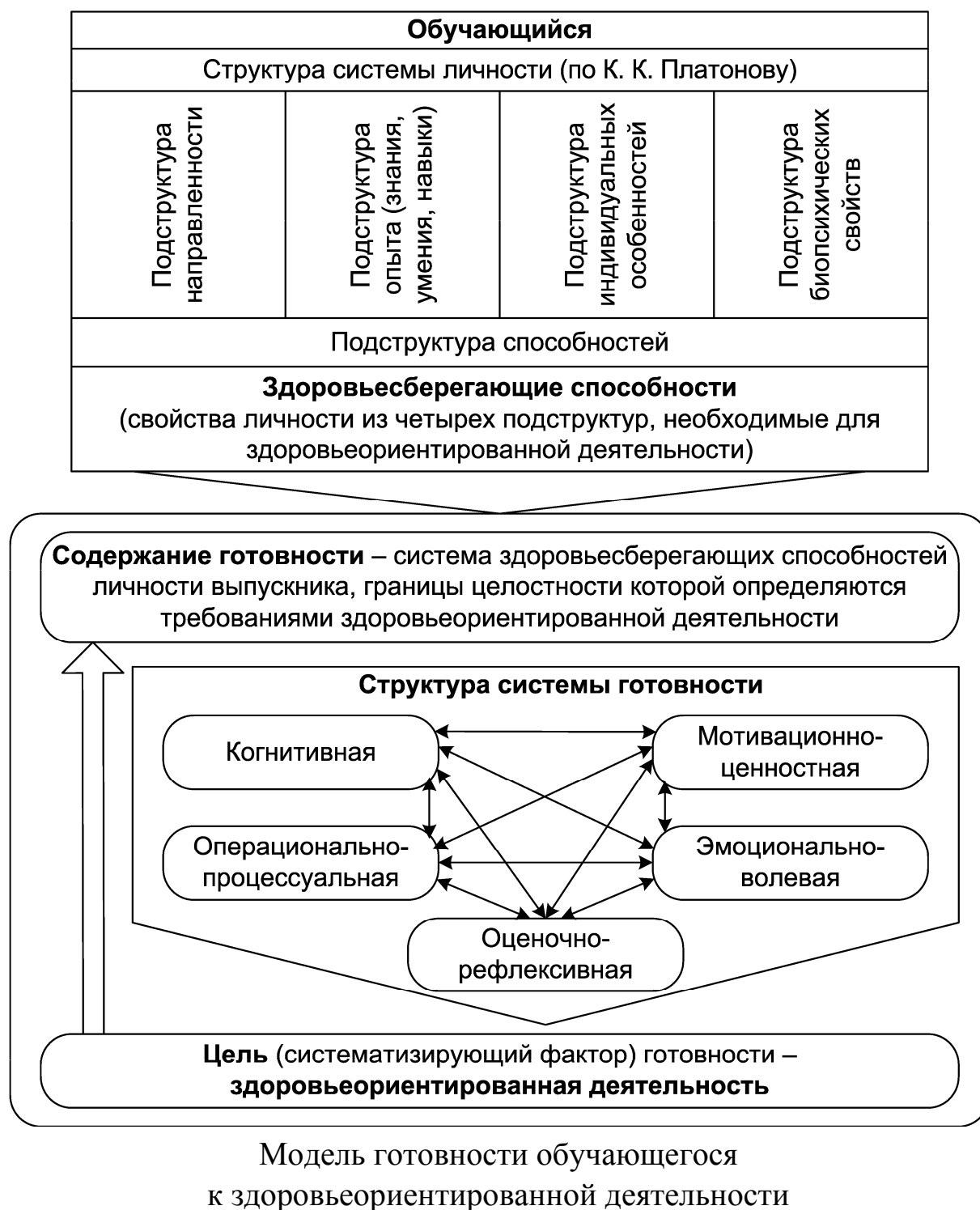
Принцип индивидуализации – разработка содержательно-процессуальных основ формирования здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся в условиях образовательной организации с учетом их возрастных особенностей.

Принцип деятельности – развитие здоровьесберегающего потенциала личности через включение в здоровьеориентированную деятельность, что предусматривает моделирование различных жизненных ситуаций.

Принцип самоуправляемости – расширение здоровьесберегающего потенциала личности через управление (самоуправление) внешними и внутренними условиями его обеспечения на уровне всех субъектов образовательного процесса (самих обучающихся, их родителей, педагогов, медицинских работников, администрации и др.).

Принцип векторности – формирование и развитие здоровьесберегающего потенциала личности по индивидуальным траекториям движения в соответствии с обозначенными векторами: метапознавательные способности, здоровьесберегающая установка, здоровьесберегающая компетентность.

Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности представлена на рисунке.



Внесение представленных изменений в общую модель обучающегося образовательной организации повлечет пересмотр образовательной деятельности учреждения. Потребуется внесение корректив в цели, содержание, формы и методы организации образовательного процесса. В этом случае направление здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, или ее стратегию, можно представить следующим образом: от овладения основными навыками образовательной деятельности, через самопознание, смыслотворчество и самосовершенствование – к самоопределению в отношении к здоровью, выработке здоровьесберегающей личностной позиции и освоению индивидуальных технологий по сохранению и укреплению здоровья.

Анализ здоровьесориентированной деятельности обучающихся как получателя качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций позволил получить следующие результаты.

1. Определено, что системообразующим фактором и результатом здоровьесберегающей деятельности образовательной организации является готовность обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Готовность к здоровьесориентированной деятельности рассматривается как *состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению здоровья при вооружении его соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличием у него решимости совершать их*. В ее основе лежит творческий процесс создания человеком ценностей (как духовных, так и материальных), поскольку здоровье рассматривается именно как ценность со всеми образующими ее элементами структуры сознания – ценностными ориентациями, определяемыми через отношения, потребностями, установками, мотивами и интересами.

2. Разработана концепция формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Основу концепции составили положения аксиологического, онтогенетического, холистического, акмеологического и личностно-деятельностного подходов, позволившие рассмотреть здоровье в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять. Базисом данного ресурса служит здоровьесберегающий потенциал личности как динамическая психологическая система представлений человека об иде-

альном образе здоровья. Актуализация данного потенциала в образовательном процессе возможна посредством раскрытия внутренних механизмов его наращивания.

Раскрывается здоровьесберегающий потенциал через совокупность внешних (социальных и общественно-идеологических) и внутренних (физических (соматических), психологических и духовно-нравственных) условий сохранения и укрепления здоровья.

Анализ теорий поведения человека в отношении сохранения здоровья на уровне отдельной личности лег в основу построения векторной модели здоровьесберегающего потенциала личности, органично включающей в себя следующие векторы: метапознавательные способности, здоровьесберегающая установка и здоровьесберегающая компетентность.

Концепцию формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности расширяют его принципы: принципы ценностности, интегрированности, индивидуализации, самоуправления, векторности.

3. Разработана структурная модель готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности в соответствии с положениями целостного и системного подходов. Готовность представлена нами как совокупность психологических и психофизиологических особенностей человека, его знаний, умений и навыков, необходимых для решения задач сохранения и укрепления здоровья. Это структура, включающая в себя следующие компоненты: саморефлексию, самоцелеполагание, самопрограммирование и самореализацию. Соответственно, в качестве основных взаимосвязанных компонентов готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности нами определены мотивационно-ценностный, когнитивный, эмоционально-волевой, *операционально-процессуальный и оценочно-рефлексивный*. Их содержание рассматривается как система здоровьесберегающих способностей обучающегося, границы целостности которой определяются требованиями здоровьесориентированной деятельности человека. Развитие данных компонентов составляет одну из ключевых содержательных сторон образовательного процесса в контексте здоровьесбережения.

Эффективность осуществления здоровьесориентированной деятельности зависит от уровня развития у человека определенных духов-

ных, психических и физических качеств – здоровьесберегающих способностей – устойчивых индивидуальных психологических особенностей, отличающих людей друг от друга и объясняющих различие их успехов в здоровьеориентированной деятельности. Данные способности могут развиваться как спонтанно, так и организованно. Во втором случае их развитие происходит в системе образования и связано с уровнем профессиональной компетентности педагогов.

Ориентирование образовательной организации на представленную модель готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности повлечет за собой структурно-функциональную и операционально-содержательную корректировку образовательной деятельности учреждения, нацеленную на формирование данной готовности.

Глава 3. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.1. Качество здоровьесберегающей деятельности как сложный системный объект управления

Качество образования имеет определяющее значение для успешного развития любой страны. Революционное изменение технологий, опирающихся на высочайший уровень интеллектуальных ресурсов, и связанная с этим геополитическая конкуренция ведущих стран мира за такие ресурсы становятся важнейшими факторами, определяющими не только экономику, но и политику нового века. Несомненно, такая глобальная проблема не может решаться на уровне отдельно взятой образовательной организации, она требует целенаправленных и скоординированных усилий государства, общества.

Сегодня государственный контроль и надзор за качеством образования направлены на обеспечение единой государственной политики в области образования, повышение качества подготовки, рациональное использование средств федерального бюджета, выделяемых на финансирование системы образования. Осуществляется данный контроль государственными органами управления образованием в соответствии с их компетенцией, что предусмотрено Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, постановлениями Правительства, регламентирующими деятельность Минобрнауки, Федерального агентства по образованию РФ и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки РФ.

Внешняя оценка качества в российской системе образования ориентирована на стандарты и показатели эффективности. Основными ее элементами являются стандартизация образовательных программ и процедуры лицензирования, аттестации и аккредитации, а также комплексное оценивание образовательных организаций в целом, а в профессиональном образовании – отдельных специальностей и направлений подготовки на основе рейтинговой системы. Однако следует отметить, что одним из негативных последствий внешнего контроля и оценивания в об-

разовании является стремление контролируемых организаций улучшить не саму работу, а ее показатели (что зачастую и проявляется в оценке здоровьесберегающей деятельности), т. е. заниматься только тем, что контролируется, старательно блокируя сведения, снижающие оценку, что, в свою очередь, приводит к непродуктивному расходованию сил и времени, к утрате достоверности всей системы управленческой информации. Мировой опыт показывает, что в настоящее время внешней оценки качества образования недостаточно и требуются внутренние механизмы гарантии качества образования, обеспечиваемые самими образовательными организациями [79, с. 4]. К тому же подготовка учреждений к внешней оценке, все ее процедуры также предусматривают проведение внутренних проверок. Все это возможно успешно реализовать путем создания в образовательных организациях системы управления качеством, структурным элементом которой выступит система управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Управление качеством, будучи достаточно сложным процессом, может быть представлено только как многомерная классификация управлений, которая и определяет управление качеством образования как вида управления.

Исследователями выделяется целый ряд видов управления качеством: экономическое, социальное, техническое, организационное, программное, оперативное, терминальное, самоуправление и др. [148].

Применение теории управления качеством в соответствии с принципом политеоретичности относительно образовательных систем и процессов (в том числе и здоровьесбережения) следует рассматривать в нескольких «разрезах»: 1) по линии взаимодействия методологии, технологии и типологии управления качеством; 2) по линии взаимодействия основных теоретических компонентов общей теории управления качеством (понятийно-категориального аппарата, принципов и законов управления качеством продукции и работ, методов и видов управления качеством, функций управления, теории механизма управления качеством, теории проектирования организационных структур систем управления качеством, квалиметрии управления) [148, с. 74–75].

Рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как процесс и систему, входящую в общую структуру образовательной системы учебного заведения, целесообразно для решения задач, относящихся к проблеме управления образовательными системами, исполь-

зовать подходы теории социального управления, исследующей общие, обязательные для любого управленческого акта процедуры независимо от того, в какой социальной сфере он реализуется.

В рамках теории социальных систем понятие «управление» характеризует воздействие субъекта на объект управления и подразумевает оптимизацию процессов при целенаправленном переходе социальных систем из одного состояния в другое [137, 138].

В теории управления социальными системами исследователи обозначают следующие важнейшие подходы: выделение школ в управлении; программно-целевой подход; ситуационный подход; управление по результатам; управление по целям; процессный подход; системный подход; всеобщее управление качеством [67, 134, 137]. Рассмотрим некоторые из них более подробно.

Процессный подход. Управление рассматривается как процесс, как последовательность непрерывных взаимосвязанных действий, направленных на обеспечение успеха организации. Такие действия определены как управленческие функции. Поэтому процесс управления представляется совокупностью соответствующих функций.

Исследователи выделяют различные функции управления: планирование, организация, распорядительство (или командование), мотивация, руководство, координация, контроль, коммуникация, исследование, оценка, принятие решений, подбор персонала, представительство и ведение переговоров или заключение сделок. Причем функции планирования, организации, мотивации и контроля являются основными [134, 135 и др.]. Их объединение для реализации управления обеспечивается связующими процессами коммуникации и принятия решения.

Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Процессный подход в управлении позволит руководителям использовать потенциал своих работников в полной мере. Образовательная организация сможет соответствовать развивающимся запросам потребителей своих услуг, в частности, по сохранению и укреплению здоровья. Основная же задача руководства организации в этом случае будет состоять в том, чтобы все процессы здоровьесберегающей деятельности находились под контролем, своевременно выявлялись и устранялись все несоответствия.

Системный подход в теории управления в отличие от процессного опирается на идею взаимозависимости отдельных частей организации, а также взаимозависимости организации и окружающей среды [116]. Применение теории систем к социальному управлению позволяет рассмотреть организацию в единстве составляющих ее частей (которые также неразрывно переплетаются с внешним миром).

Таким образом, в рамках системного подхода к управлению организацией (учреждением) ее необходимо рассматривать как открытую систему, как совокупность связанных и взаимодействующих частей (подсистем), обеспечивающих возникновение целого, обладающего собственными качествами, отличными от качеств составляющих его частей. На входе организация получает от окружающей среды информацию, капитал, человеческие ресурсы и материалы (эти компоненты называются *входами*). В процессе преобразования учреждение перерабатывает входы, преобразуя их в продукцию или услуги, являющиеся *выходами* организации – тем, что она выносит в окружающую среду.

Приложение системного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности заключается прежде всего в рассмотрении здоровьесбережения как системы, состоящей из взаимосвязанных элементов, и учете влияния окружающей среды и обратной связи на ее эффективность.

Теория всеобщего управления качеством. Всеобщий менеджмент качества (TQM) – интегрированный метод менеджмента, целиком ориентирующий деятельность организации на полную удовлетворенность потребителей (внешних и внутренних), сотрудников и общества в целом, охватывающий все процессы организации, вовлекающий в деятельность по непрерывному улучшению качества всех ее сотрудников и направленный на достижение долговременного успеха и стабильности функционирования организации. Основная философия всеобщего управления качеством базируется на принципе – улучшению нет предела. Управление качеством, согласно данной концепции, осуществляется с учетом ряда принципов и использованием адекватных целям методов управления качеством [27, 95 и др.].

Основные положения концепции всеобщего менеджмента качества могут служить базой и для управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации. При данном подходе к качеству также подчеркивается необходимость использования

внутренних резервов системы. Акцент делается на ценности человеческих отношений и человеческого потенциала.

Таким образом, при построении системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации следует учитывать обозначенные позиции, а именно, ориентироваться на реализацию системного и процессного подходов, учитывая идеи теории всеобщего управления качеством. Построение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, в свою очередь, потребует максимального учета внутренних резервов образовательной системы, что позволит выстроить эффективную организационную структуру.

Сегодня интерес к проблемам научного управления образованием и, в частности, к определению качества в системе образования проявляют как отдельные европейские страны, так и Европейский союз в целом.

В конце XX столетия многие специалисты в европейских странах сосредоточили внимание на концепции качества образовательного процесса. В конце 1980-х и начале 1990-х гг. начали разрабатывать и использовать методы, нацеленные не только на осуществление контроля качества высшего образования со стороны государства, но и на организацию процесса, способствующего усовершенствованию самой системы образования. Поэтому в 90-х гг. XX в. управление образованием обратилось к теории комплексного управления качеством и международным стандартам в области качества серии ISO 9000.

Семейство стандартов серии ISO 9000 было разработано для того, чтобы помочь организациям всех видов и размеров внедрить и обеспечивать функционирование эффективных систем менеджмента качества [33, с. 5].

Согласно стандартам серии ISO 9000, успешное руководство организацией подразумевает систематическое и прозрачное управление ею. Успех может быть достигнут в результате внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы менеджмента качества (СМК), разработанной для постоянного улучшения деятельности с учетом потребностей всех заинтересованных сторон. Управление организацией включает менеджмент качества наряду с другими аспектами менеджмента [34, с. 6]. Таким образом, международные стандарты серии ISO 9000 определяют СМК как систему менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству. СМК призвана так организовать деятельность организации, чтобы гарантированно обеспечивать качество ее продукции или услуг и настраивать это качество на ожи-

дания потребителей (заказчиков). При этом ее главная задача – не контролировать каждую единицу продукции, каждую операцию, а сделать так, чтобы не было ошибок в работе, которые могли бы привести к появлению несоответствий. СМК делает акцент на предупреждении проблем.

Вступление России в Болонский процесс налагает определенные обязательства как на национальную систему гарантии качества образования, так и на механизмы внутренних гарантий качества образовательных организаций, реализуемых посредством внедрения СМК. Эти требования в настоящий момент определяются стандартами и директивами Европейской ассоциации гарантии качества в высшем образовании (ENQA) и могут рассматриваться как базовые требования к СМК образовательных организаций.

В соответствии с требованиями стандартов и директив ENQA, все виды деятельности по руководству и управлению образовательной организацией применительно к качеству заключаются в «гарантии качества в образовании» – деятельности, которая фактически является аналогом менеджмента качества (в соответствии с международными стандартами серии ISO 9000) [33, 34]:

- *планирование качества*, т. е. деятельность, направленная на формирование стратегии, политики и связанных с ними целей и требований к качеству образования;
- *управление качеством*, т. е. методы и виды деятельности образовательной организации оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству образования;
- *обеспечение качества*, т. е. методы и виды деятельности образовательной организации, направленные на создание уверенности в том, что требования к качеству образования будут выполнены;
- *улучшение качества*, т. е. все виды деятельности образовательной организации, направленные на улучшение способности выполнить требования к качеству образования, при этом требования могут относиться к любым аспектам: результативность, эффективность, прослеживаемость и др.;
- *оценка качества*, т. е. все виды деятельности образовательной организации, направленные на подтверждение того, что требования к качеству выполнены (или не выполнены).

В целом следует констатировать, что обеспечение качества современного образования вменяет образовательным организациям ведение деятельности, связанной с управлением данным качеством, что

предполагает в свою очередь создание соответствующих управленческих систем – СМК. Данное требование вполне может быть распространено и на обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности. В свою очередь построение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности потребует максимального учета внутренних резервов образовательной системы и при их грамотном распределении позволит выстроить оптимизированную организационную структуру.

3.2. Системные основания реализации инновационных факторов управления качеством здоровьесберегающей деятельности

Современное управление качеством исходит из идеи, что деятельность в этом направлении не может быть эффективной после того, как продукция произведена (или оказана образовательная услуга, как в нашем случае), и должна осуществляться в процессе производства продукции (оказания образовательной услуги). Важна также деятельность по обеспечению качества, предшествующая процессу производства. Качество определяется действием многих случайных, местных и субъективных факторов, для предупреждения влияния которых необходима соответствующая система управления. При этом нужны не отдельные эпизодические усилия, а совокупность мер постоянного воздействия на процесс создания качественного продукта или оказания услуги [147].

Различают управляющую и управляемую системы качества. Первая создает и обеспечивает менеджмент качества. Вторая представлена различными уровнями управления организацией. Создание систем качества, как правило, происходит в соответствии с требованиями российского стандарта по менеджменту качества (ГОСТ Р ИСО 9001–2008) и принципами всеобщего менеджмента качества. Основная цель системы управления качеством в образовательной организации заключается в постоянном системном учете интересов потребителей, улучшении работы учреждения при лидирующей роли менеджмента и вовлечении в сферу качества всех участников основных процессов [67, 116, 117 и др.]. Внося уточнение в цель – системообразующий фактор системы качества, возможно избежать расплывчатости. В частности, заявляя целью системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности (как подсистемы качества образования в учебном заве-

дении) создание необходимых условий для формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, мы направляем систему управления качеством на превращение образования в процесс развития личности и определяем конкретные формы его организации, условия и средства, которые обеспечивают это развитие в рамках здоровьесберегающей деятельности. Соответственно, нами были пересмотрены принципы международных стандартов серии ISO 9000 с позиции формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности как системообразующего фактора, цели и результата системы качества образования, точнее, ее элемента – качества здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации.

Ориентация на потребителя. Потребителями здоровьесберегающей и в целом образовательной деятельности организации являются обучающиеся, воспитанники и их родители/законные представители, а также система образования и все общество в лице государства. Система качества здоровьесберегающей деятельности должна предоставить потребителю исчерпывающую информацию с тем, чтобы потребитель был уверен, что образовательная организация может обеспечить требуемое качество и постоянно поддерживать его уровень.

Лидерство руководителя. Процесс обеспечения качества всякой деятельности, в том числе здоровьесберегающей, начинается с высшего руководства, развивается по мере проявляемой руководством заинтересованности и прекращается при потере к нему интереса со стороны руководителей. В соответствии с идеями педагогики сотрудничества, творчество и самореализация обуславливают преобразование руководителя-начальника в лидера. Руководитель, который не становится лидером, вынужден постоянно применять власть, подразумевающую силу. Прямое применение силы не может привести к достижению той цели, ради которой она применяется. Сила вызывает сопротивление, на преодоление которого расходуются энергия, время и иные ресурсы, необходимые для удовлетворения потребителей, укрепления конкурентоспособности и создания чего-либо нового. Предлагаемый подход позволяет высвободить энергию и ресурсы за счет не востребовавшихся многих привычных функций начальника. На смену администрированию и контролю придут функции лидера: учителя, советчика, помощника, приветствующего и поощряющего инициативу.

Вовлечение работников. Результативность системы управления качеством здоровьесбережения во многом определяется уровнем корпоративной культуры в учреждении и напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива образовательной организации в данную деятельность. Поэтому каждый участник здоровьесберегающей деятельности должен стать членом единого коллектива, где будет определен его конкретный вклад, при этом важно, чтобы личные цели не противоречили целям здоровьесберегающей деятельности.

Процессный подход. Поддерживая идею процессного мышления в обеспечении качества здоровьесберегающей деятельности, следует, в соответствии с понятием о мегапроцессе, обеспечить реализацию следующих шагов [67, 78]:

- 1) выявить полную систему процессов, требуемых для управления качеством здоровьесберегающей деятельности;
- 2) определить последовательность, взаимосвязь и взаимодействия процессов в этой системе;
- 3) определить ключевые процессы (с позиций целей здоровьесберегающей деятельности);
- 4) наделить соответствующими полномочиями сотрудника, ответственного за процесс здоровьесберегающей деятельности;
- 5) определить заказчика процесса здоровьесберегающей деятельности и описать выход, т. е. требования к качеству результатов здоровьесберегающей деятельности;
- 6) определить поставщиков процесса и требования к элементам его входа;
- 7) обозначить критерии эффективного управления данным процессом и выбрать для них метрологически обеспеченные измерители;
- 8) спланировать процессы изменения показателей качества процесса;
- 9) описать сам процесс здоровьесберегающей деятельности в виде блок-схемы;
- 10) определить входные и выходные документы по стадиям процесса;
- 11) обеспечить информационные потоки, требуемые для эффективного управления процессом;
- 12) ввести регулярный мониторинг данных, относящихся к процессу;
- 13) систематически осуществлять корректирующие и предупреждающие действия, направленные на достижение целей процесса;
- 14) определить порядок внесения в процесс изменений.

Все это обеспечивает системный подход к выявлению и описанию всех процессов, составляющих основу здоровьесберегающей деятельности.

Системный подход к менеджменту. Применение системного подхода к здоровьесберегающей деятельности в ее менеджменте предполагает координацию всех аспектов данной деятельности, соотнесение частных задач с общей целью. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности при целевой установке на формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, очевидно, приведет к соответствующим изменениям целей, содержания, форм и методов всего образовательного процесса. Данные преобразования предполагают не частные технико-тактические решения, а изменение всего образовательного процесса. Акцент следует перенести с решения технологических вопросов на проблемы систематизации управления здоровьесберегающей деятельностью. Поэтому важнейшим звеном процесса разработки системы управления качеством здоровьесбережения является систематизация ее компонентов на основе целей качества, позволяющая объединить усилия всего коллектива образовательной организации для формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Постоянное улучшение. Улучшение начинается с личности, с совершенствования ее свойств, способностей, а не только знаний, навыков и умений в вопросах сохранения, укрепления развития здоровья, на что и направлена работа.

Принятие решений, основанное на фактах. Образовательная деятельность сопряжена с производством огромных массивов данных, а значит, существует проблема синтеза этих данных для получения информации, позволяющей осознать факты, важные для принятия разнообразных решений. Поэтому важное значение будет иметь степень проработанности документов, регламентирующих функционирование системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. На основе задокументированных фактов можно создать базу системы мониторинга, которая будет способствовать превращению информации в знания и позволит снизить потери от неэффективных управленческих решений.

Взаимовыгодные отношения с поставщиками. Поставщиками образовательных организаций являются абитуриенты, будущие обучающиеся и их родители/законные представители. Сегодня они вправе вы-

бирать заведение, где им будут оказаны образовательные услуги, самостоятельно. Образовательные же организации не всегда могут отбирать наиболее достойных из числа желающих учиться, а в нашем случае наиболее здоровых. Известно, что при переработке низкокачественного сырья обычно ухудшаются расходные коэффициенты; увеличивается доля несоответствий и затрудняется реализация технологического регламента. На производстве это ведет к остановкам, задержкам и в конечном счете – к росту себестоимости продукции и услуг. В образовательном процессе низкий уровень здоровья обучающихся приводит к снижению образовательного уровня. Принимая во внимание значение роли как самих обучающихся, так и их родителей в становлении здоровьесберегающей личностной позиции первых, важно максимально включать данных субъектов образовательного процесса в реализацию здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, разработка и внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности является важным условием и основным технологическим звеном в достижении цели здоровьесберегающей деятельности – формировании готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности. При этом речь идет не о частных технико-тактических решениях, а о перестройке всего процесса здоровьесбережения в соответствии с положениями системного подхода.

Исходя из переосмысленных цели и задач важно выделить *принципы управления качеством здоровьесберегающей деятельности*, составляющие содержание концепции и отражающие сущность основных принципов стандартов и директив ENQA и ГОСТ Р ИСО 9000–2008, близкие к идеологии всеобщего менеджмента качества [33]:

1. Соотнесение интересов образовательной организации и заказчиков ее услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности. Потребители заявляют о заинтересованности в способностях к применению знаний в вопросах охраны и укрепления здоровья или в совокупной характеристике обучающихся – их готовности к решению здоровьесориентированных задач, которая обеспечивается глубиной образования и соответствующими личностными свойствами. Образовательная организация должна понимать текущие и будущие нужды заказчиков, выполнять их требования и стремиться превзойти ожидания. Уровень удовлетворенности потребителей необходимо измерять и оценивать; соответственно, управление качеством здоровьесбережения

должно располагать механизмом выработки корректирующих действий. Поэтому анализ и синтез требований потребителей должны стать выделенным направлением в здоровьесберегающей деятельности организации.

2. Соотнесение принципа единоначалия и творческих инициатив. Руководителю образовательной организации принадлежат основная роль и ответственность в создании обстановки, в которой сотрудники целиком и полностью могут быть вовлечены в процесс достижения целей здоровьесбережения. Необходимо, чтобы руководство своим личным примером демонстрировало приверженность качеству здоровьесбережения. Задачей руководства является обеспечение атмосферы доверия, инициирование, признание и поощрение вклада людей, поддержка открытых и честных взаимоотношений. Такая атмосфера максимально способствует раскрытию творческих возможностей сотрудников.

3. Соотнесение целей образовательной организации и сотрудников. Успех управления качеством здоровьесберегающей деятельности напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива учреждения в ее реализацию. Соответственно, управление образовательной организацией должно решать задачи, связанные с формированием готовности сотрудников к преобразованиям в здоровьесбережении. Каждый участник процесса должен стать членом единой команды, где будет определен его конкретный вклад, поскольку результативность внедрения инноваций во многом определяется уровнем корпоративной культуры. Управление качеством и его механизмы должны побуждать сотрудников проявлять инициативу в постоянном стремлении к улучшению качества здоровьесберегающей деятельности, брать на себя ответственность за решения проблем данного качества, активно повышать свои знания и навыки, передавать свой опыт коллегам.

4. Соотнесение целей образовательной организации и обучающихся. Обучающийся, как нетипичный «исходный продукт», должен играть исключительно активную роль в повышении качества здоровьесберегающей деятельности, сам «делать себя» в интеллектуально-материальных условиях, созданных руководством организации и педагогическим коллективом. Для этого необходимо создание соответствующей образовательной атмосферы, активизирующей самосознание обучающихся. Рост осознанной учебно-познавательной активности обучающихся должен быть обусловлен осознанием цели – готовности к здоровьесориентированной деятельности.

5. Соотнесение ориентации на процесс и на результат. Поскольку любая деятельность, получающая воздействие на входе и преобразующая его в результаты на выходе, может рассматриваться как процесс, для управления качеством здоровьесберегающей деятельности важно рассматривать каждый элемент любого процесса здоровьесбережения одновременно и как процесс, и как систему, имеющих своих потребителей и поставщиков, свои входы и выходы. Предотвращение всякого рода несоответствий обеспечивается тем, что исключается сама возможность выполнения следующей операции, если на предыдущем этапе возникли проблемы.

6. Соотнесение разных подходов к управлению качеством. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности подразумевает использование в первую очередь двух подходов: процессного и системного. Поэтому каждый процесс здоровьесбережения должен рассматриваться как система взаимосвязанных процессов, в которой входы и выходы (результаты) процесса четко определяются и измеряются; определяются поставщики и потребители каждого процесса, идентифицируются их требования, изучается их удовлетворенность результатами процесса; устанавливается взаимодействие данного процесса с остальными процессами; обозначаются полномочия, права и ответственность за управление процессом; при проектировании процесса определяется его ресурсное обеспечение.

Системный подход предполагает постоянное улучшение системы взаимосвязанных процессов здоровьесбережения через их измерение и оценку. Инновации, осуществляемые на принципах системности, не ограничиваются совершенствованием технологического компонента уже существующей в образовательной организации системы здоровьесбережения, а внедряются как элементы системы новой. Благодаря этому реализуется переход от частных решений к перестройке и модернизации всего процесса здоровьесберегающей деятельности, когда каждый технологический вопрос соответствует цели управления качеством. Технологические инновации соотнесены с принципами личностно ориентированного подхода, обеспечивающего решение задач самосознания и самореализации каждого обучающегося в здоровьеориентированной деятельности.

7. Соотнесение подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности. Мониторинг качества здоровьесберегающей деятельности должен включать следующие виды оценки: репутаци-

онную (экспертную), связанную с оценкой внутренних характеристик здоровьесбережения; результативную (внешнюю), ориентированную на измерение конечных результатов; общую, нацеленную на непрерывное усовершенствование качества здоровьесберегающей деятельности. Соответственно, необходимо систематизировать элементы внешней и внутренней оценки, составляющие подготовки, утилитарное измерение и т. д.

8. *Соотнесение системы документационного обеспечения с управлением качеством.* Результативность во многом определяется степенью проработки документов, регламентирующих управление качеством здоровьесберегающей деятельности. Создание системы документооборота позволяет отслеживать соблюдение основных условий реализации системного подхода в управлении данным качеством, в том числе – обратную связь по внедряемым инновациям. При документировании процессов необходимо ранжировать их в соответствии с конкретными функциями, по степени влияния на достижение целей здоровьесбережения. Особое внимание уделяется входам и выходам, требованиям и результатам каждого процесса для минимизации несоответствия между ними.

Соблюдение перечисленных принципов, на наш взгляд, обеспечит возникновение новых связей и позволит объединить элементы качества здоровьесберегающей деятельности в новую систему. Это обусловит появление эмерджентных свойств системы – свойств, которыми не обладала старая система до предлагаемого соотнесения элементов. То есть это приведет к появлению нового качества системы управления здоровьесберегающей деятельностью. Таким образом, новое качество системы управления здоровьесбережением может быть получено без введения в нее новых элементов, а при установлении новых связей посредством управления этой системой.

Сформулированные цель и основные принципы управления качеством здоровьесберегающей деятельности детерминируют модернизацию системы здоровьесбережения образовательной организации – выделение за счет внутренних резервов структурных подразделений, обеспечивающих реализацию здоровьесберегающей деятельности.

Опыт показывает, что перспективным является внедрение служб здоровья (Э. М. Казин, С. В. Ким, В. В. Колбанов, Е. О. Школа и др.) [51, 55, 57]. Однако данные структуры в учебных заведениях «прижи-

ваются» достаточно сложно, их деятельность отличается в различных учреждениях по своим целям, задачам, направлениям, составу участников, что связано, в большей части, с нерешенностью вопросов их устройства непосредственно в образовательных организациях. Следует отметить открытость вопроса обеспечения межведомственного взаимодействия специалистов, задействованных в здоровьесбережении с одновременной фиксацией связей между ними. Способом же фиксации такого распределения служит организационная структура. Ее создание необходимо везде, где для достижения желаемых результатов требуется согласованная работа множества людей. Основными элементами структуры являются отдельные лица, подразделения, коллегиальные органы; их функции, права и ответственность; уровни управления, управленческие связи (внутренние, внешние, горизонтальные, вертикальные); управленческие отношения (подчинение, координация и др.), что также не находит должного отражения в научно-исследовательских трудах. Поэтому необходимо исследовать организационно-педагогические условия и соответствующие структурно-функциональные преобразования в образовательной организации, обеспечивающие качество здоровьесберегающей деятельности, достижение ее результативности.

3.3. Структурно-функциональные преобразования, нацеленные на обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности

Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций предполагает системное выполнение специфической работы, которая, безусловно, должна быть определенным образом организована. Необходимость же в организации и управлении возникает всегда, когда требуется обеспечить согласованность работы группы людей и рационально упорядочить их деятельность, направленную на достижение цели.

Исследуем организационно-педагогические условия обеспечения процесса управления качеством здоровьесберегающей деятельности в условиях учебного заведения посредством создания структурно-функциональной модели службы здоровья.

В научно-педагогической литературе *модель* рассматривается как искусственно созданный в виде схемы, таблицы, чертежа и т. п. объект,

который, будучи аналогичен исследуемому объекту, отображает и воспроизводит в более простом, уменьшенном виде структуру, свойства, взаимосвязи и отношения между его элементами [56, с. 193]. В процессе научного познания модель заменяет оригинал: изучение модели дает информацию об оригинале [103, с. 158]. С точки зрения характера исследуемых и воспроизводимых связей выделяют следующие виды моделей: структурная, функциональная, смешанная модель. Так, структурная модель является результатом использования системного подхода в моделировании объектов и явлений. Особенность структурных моделей в том, что они меньше привязаны к самому объекту, чем модели других видов. Функциональная модель имитирует поведение (функции) оригинала. При этом функции являются одной из существенных характеристик системы, которую представляет данная модель. Смешанная модель сочетает в себе признаки моделей двух других видов.

В исследовании мы использовали структурно-функциональную модель, основанную на блочно-целевых структурах, формируемых по матричному типу управления [146, 148]. Данная модель позволяет детально рассмотреть составляющие и функции системы, показать взаимосвязи ее структур.

Но для начала необходимо провести анализ основных понятий и положений управленческой концепции. Так, термин «*организация*» имеет несколько значений: 1) внутренняя упорядоченность, согласованность взаимодействия более или менее дифференцированных и автономных частей целого, обусловленных его строением; 2) совокупность процессов или действий, ведущих к образованию и совершенствованию взаимосвязей между частями целого; 3) объединение людей, совместно реализующих программу или цель и действующих на основе определенных процедур и правил [141].

В литературе по общим аспектам управления лексема «*организация*» употребляется, как правило, в двух значениях. Во-первых, как некое свойство, состоящее в рациональном сочетании и упорядочении всех элементов определенного объекта [36]. В этом смысле организация может рассматриваться как процесс взаимодействия людей для достижения цели [135]. Во-вторых, организация истолковывается как сам объект, обладающий определенным образом упорядоченной структурой [80]. В данном случае это не что иное, как некое сообщество (объединение) людей, которым необходимо объединить усилия для дости-

жения того, чего ни один из них не может достичь в одиночку [80]. Таким образом, организация как свойство, процесс является содержанием, а организация как объект, сообщество есть не что иное, как форма данного содержания.

Для решения непростых задач, связанных со здоровьесбережением, в соответствии с принципом управления качеством здоровьесберегающей деятельности соотнесения цели образовательной организации и целей сотрудников необходимы привлечение к этой деятельности всего педагогического коллектива и рациональное упорядочение работы сотрудников. Понятно, что при оптимальном варианте эта упорядоченная деятельность станет значительно эффективнее, если будет осуществляться в рамках определенного сообщества. Мы рассматривали данное сообщество (службу здоровья) именно как организацию, со всеми присущими ей чертами.

Для всех форм организации характерно следующее: 1) наличие не менее двух человек, считающих себя частью группы; 2) наличие хотя бы одной цели, направленной на удовлетворение потребностей или интересов человека или общества, которую принимают как общую члены данной группы; 3) наличие членов группы, которые намеренно работают вместе, чтобы достичь значимой для всех цели; 4) наличие совокупности функциональных положений и ролей; 5) формализация значительной части целей и отношений; 6) получение прибавочного продукта в различных формах [91].

Тесно связано с организацией явление управления как условие существования и системообразующий признак организации. Методологическая база для исследования проблем управления была заложена в начале XX в. М. Вебером, Н. Винером, Ф. Тейлором, А. Файолем, Г. Эмерсоном и др. [135, 139]. Исследователями выделено три вида управления: социальное, биологическое и техническое. Управление образовательными системами относится к социальному виду: воздействие на общество с целью его упорядочения и сохранения качественной специфики.

Вопросами управления и развития образовательных систем занимаются такие отечественные ученые, как Ю. А. Конаржевский, В. С. Лазарев, М. М. Поташник и др. Управление образовательной системой рассматривается ими как интегрированный процесс, стержнем которого является разработка научных основ управления образовательным процессом.

В педагогических словарях управление трактуется как функция организационных систем различной природы (биологической, социальной, технической), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию программ и целей [56, с. 360].

Относительно обособленным направлением управленческой деятельности является реализация собственно управленческих функций. Выстраивая «здание управления», А. Файоль расчленил административную функцию на первичные элементы, назвав их основными функциями управления: планирование – взаимосвязанная, объединенная общими целями система практических мероприятий; организация – продуманное устройство, структура учреждения и его функция; контроль – проверка, процесс получения информации о ходе и результатах деятельности [135].

Говоря о функциях управления в образовательном учреждении, Ю. К. Бабанский к функциям, выделенным А. Файолем, добавляет стимулирование и анализ; М. М. Поташник рассматривает такие функции, как первичный анализ, прогнозирование, программирование, планирование, организация, регулирование, контроль, анализ, коррекция, стимулирование; Т. И. Шамова выделяет информационно-аналитическую, мотивационно-целевую, планово-прогностическую, организационно-исследовательскую и регулятивно-коррекционную функции [133, 147, 148]. В педагогических словарях в качестве функций управления называют планирование, организацию, мотивирование и контроль, позволяющий сформировать и достичь целей функционирования организации [56, с. 360].

Применительно к службе здоровья достаточно выделить функции планирования, организации, контроля, нововведения, целеполагания, которые необходимо реализовывать в соответствии с основными принципами управления в образовании: оптимальное соотношение централизации и децентрализации; единство единоначалия и коллегиальности; рациональное сочетание прав, обязанностей и ответственности.

Как и при построении любой организации, при создании службы здоровья (как относительно самостоятельной структурной единицы в образовательной организации) следует придерживаться следующих взаимосвязанных принципов: 1) разделение труда, или специализация; 2) структурирование; 3) учет функциональных операций (процессов) [135]. Так, работа организации не будет эффективной, если все ее сотрудники станут дублировать работу друг друга или если один работ-

ник будет выполнять все, чем занимается организация. Поэтому в любой социальной организации существует разделение труда между ее членами и подсистемами – специализация.

Разделение труда происходит по двум направлениям: горизонтальному – постадийное распределение работ и вертикальному – разделение работ по уровням иерархии (исполнительский и управленческий труд). Внутри направлений существует специализация по функциям. Необходимость в специализации обусловлена, с одной стороны, наличием у людей определенной квалификации, а с другой – сложностью трудовых процессов. Чем сложнее решаемые задачи, тем более высокие требования выполняемая деятельность предъявляет к работникам, а значит, и более актуальной становится специализация труда.

В соответствии с принципом разделения труда и с учетом специфики здоровьесбережения необходимо выделить пять *основных направлений деятельности* (специализаций) *службы здоровья*:

1) *медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение*: обеспечение должных санитарно-гигиенических условий образовательного процесса, медицинское сопровождение обучающихся (равно как и иных субъектов образовательного процесса), проведение работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических мер;

2) *формирование здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся педагогическими средствами*, что подразумевает создание теоретико-методологических разработок по обоснованию, определению и эффективному применению педагогических технологий, методов и средств формирования у обучающихся не только опыта деятельности по сохранению и укреплению здоровья, но и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию здоровьесберегающего потенциала личности – т. е. формирование готовности к здоровьесориентированной деятельности;

3) *физкультурно-оздоровительное сопровождение* определено особой значимостью занятий физической культурой и развития кондиционных физических качеств, создающих потенциал физического здоровья; данное направление предусматривает создание соответствующих теоретико-методологических разработок по обоснованию, определению и эффективному применению физкультурно-оздоровительных технологий, методов и средств в образовательном процессе;

4) *психолого-педагогическое сопровождение*, обусловленное необходимостью внедрения развивающих и коррекционных системно и индивидуально ориентированных программ;

5) *мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся*, что подразумевает сбор, оперативную обработку, систематизацию и хранение информации о состоянии здоровья обучающихся с целью выявления факторов риска и своевременного осуществления корректирующих и предупреждающих действий, создание содержательных и организационно-управленческих разработок по проведению мониторинга.

Выделенные направления следует рассматривать как ключевые процессы в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности, что обеспечивает реализацию принципа международных стандартов «процессный подход» [33].

С учетом направлений здоровьесберегающей деятельности в службе, как относительно самостоятельной структурной организации, целесообразно выделить структурные подразделения (принцип структурирования), за которыми должны быть закреплены определенные полномочия и ответственность: 1) *медико-санитарно-гигиеническое*; 2) *валеолого-педагогическое*; 3) *физкультурно-оздоровительное*; 4) *психолого-педагогическое*; 5) *мониторинговое* подразделения.

В структуре управляющей системы организации должно быть отражено, кто кому подчинен, кто с кем связан прямо или косвенно. Отсюда – увеличение значимости функций отдельных субъектов и их обязанностей, прав.

Под организационной структурой М. М. Поташник понимает совокупность индивидуальных и коллективных субъектов, между которыми разделены полномочия и ответственность за выполнение управленческих функций и существуют регулярно воспроизводимые связи и отношения [132]. Организационная структура обычно изображается в виде схемы, называемой органограммой, на которой указаны субъекты и связи между ними: кто кому подчиняется (отношения координации). Это своего рода скелет управляющей системы.

Существует несколько типов организационных структур управляющих систем: линейная, функциональная, линейно-функциональная, проектная и матричная [147].

Традиционные структуры внутришкольного управления относятся к структурам линейно-функционального типа. Для них характерно наличие двух или более иерархических уровней управления, на каждом из которых руководителю подчиняется группа сотрудников, отношения между руководителем и подчиненными строятся по принципу единоначалия. Организует работу руководитель образовательной организации, который делегирует заместителям права руководства работой подчиненных им сотрудников организации. Команды передаются по цепочке от руководителя учреждения его заместителям, а от них – исполнителям (скалярная цепь). В структурах этого типа, наряду с иерархией линейного руководства, существуют функциональные подразделения (педагогический совет, методические объединения и др., обладающие функциональными полномочиями), специализирующиеся на выполнении определенных видов управленческих действий и принимающие решения относительно ограниченного круга специальных вопросов.

За счет специализации линейно-функциональные структуры позволяют более качественно решать определенные задачи и предъявляют меньше требований к подготовке руководителей и исполнителей, что является несомненным их достоинством. Однако при нестабильных внешних условиях или в случае, когда приходится решать много нестандартных задач, требующих совместной работы разных подразделений, эти структуры оказываются неэффективными, им не хватает гибкости. К тому же функциональная дифференциация приводит к утере общих целей деятельности всей системы, которые оказываются вне поля зрения ее структурных подразделений. Каждое подразделение видит лишь свою часть работы, и только руководитель учреждения является носителем общих целей.

В данной ситуации более гибкими являются структуры проектного и матричного типа. Проектная структура – это временная структура, создаваемая для решения какой-то крупной задачи, для чего в одну команду собираются группа сотрудников, способных справиться с поставленной задачей, а также специалисты «со стороны». При одновременной реализации многих проектов возникают структуры матричного типа, когда один и тот же сотрудник одновременно входит в разные проектные группы и подчиняется нескольким руководителям проектов. Но эти руководители не имеют административных полномочий – они остаются за руководителями подразделений. Руко-

водители проектов определяют только «что» и «когда» должно быть сделано. «Кто» и «как» это будет делать определяют руководители подразделений. Матричные структуры позволяют существенно повысить гибкость управления, но в то же время предъявляют высокие требования к компетенции руководителей и зрелости коллектива.

В теории управления линейно-функциональные структуры относят к классу механических, а структуры проектного и матричного типа – к классу органических (или адаптивных). Для структур механического типа характерно жесткое разделение полномочий и ответственности. В них существует глубокое деление управленческой деятельности по функциям, подразделениям и должностям; проблемы и задачи, с которыми сталкивается организация в целом, разбиваются на множество мелких составляющих по отдельным специальностям. Для данных структур характерно строгое следование иерархической субординации в отношениях «начальник – подчиненный», при этом преимущественное значение отводится полномочиям и должностям, а не квалификации и опыту. Каждый специалист решает свою задачу как нечто обособленное от реальных задач, стоящих перед организацией в целом.

Структуры органического типа обладают способностью гибко изменять состав своих элементов (органов) и связи между ними при решении новых задач. В этих структурах регулярно создаются временные структурные единицы, ориентированные на решение какой-то проблемы, реализацию какого-то проекта. В них действует приоритет опыта и квалификации над организационным статусом. Доминирует горизонтальная, а не вертикальная координация совместных действий.

При построении организационной структуры службы здоровья следует решить, будет ли ответственность за реализацию направлений распределена между представленными подразделениями, а координация осуществляться по вертикали или же будут создаваться целевые группы, несущие ответственность за реализацию целостных проектов. В первом случае речь идет о распределении новых полномочий и ответственности в рамках линейно-функциональной структуры и, значит, о сохранении структуры механического типа, а во втором – о создании структуры проектного или матричного типа, т. е. органической структуры.

Первый вариант привычен, но имеет недостатки, присущие линейно-функциональным структурам (отсутствие тесных взаимосвязей между структурными подразделениями; недостаточно четкая ответст-

венность, так как готовящий решение, как правило, не участвует в его реализации; чрезмерно развитая система взаимодействия по вертикали – подчинение по иерархии управления, т. е. тенденция к чрезмерной централизации). Второй вариант требует наличия хорошо отлаженных горизонтальных коммуникаций в коллективе и достаточно высокого уровня развития его членов. В нашем случае организационную структуру службы следует строить по смешанному типу, например, ориентироваться на линейно-функциональную структуру с элементами матричной: линейно-функциональная структура позволит более качественно решать определенные задачи, а матричная – существенно повысить гибкость управления.

Отметим, что если в структурной организации происходят системные управленческие преобразования, то появляются индивидуальные и коллективные субъекты, разрабатывающие и осуществляющие эти нововведения. Поскольку при этом очень сильно возрастает роль координации взаимодействия всех субъектов структуры, наиболее перегруженными оказываются субъекты верхних уровней, особенно руководитель. В этом случае важным шагом является передача полномочий в принятии решений субъектам низших уровней организационной структуры. Следовательно, во главе службы здоровья должен находиться человек, имеющий соответствующие права и обязанности – руководитель службы. Кроме того, каждое подразделение должен возглавить наиболее ответственный, грамотный и активный сотрудник службы – руководитель подразделения (он же владелец ключевого процесса). На сегодняшний день, по-нашему мнению, одной из основных причин того, что, несмотря на имеющиеся директивные документы по сохранению и укреплению здоровья в образовательных организациях, состояние здоровья обучающихся не улучшается, является отсутствие штатной «единицы», отвечающей за реализацию здоровьесберегающих мер.

Организационная структура – это лишь статичная модель, которая отражает, по образному выражению Б. З. Мильнера, «анатомию» организации. Действия же подразделений и людей, непосредственно производящих действия, – это уже «физиология», обуславливающая направленную деятельность по решению стоящих перед организацией задач [80]. В этой связи возникает необходимость реализации следующего классического принципа построения организации – принципа учета функциональных операций, т. е. того, чем должны заниматься подразделения службы и люди, задействованные в них (каковы их функции) [135].

В соответствии с принципом учета функциональных операций (процессов) целесообразно выделить три основных функции как службы здоровья в целом, так и ее подразделений:

- *диагностико-прогностическая* (проведение системных диагностических исследований в рамках заявленных направлений, определение коррекционных и предупреждающих действий, способствующих достижению ожидаемых результатов);

- *информационно-консультативная* (обобщение и систематизация фактологического материала в рамках конкретного направления на теоретическом и эмпирическом уровнях, информирование общественности о результатах проводимой деятельности, оказание консультативной помощи по вопросам сохранения и укрепления здоровья субъектам образовательного процесса);

- *научно-координационная* (координация усилий специалистов различного уровня и профиля по выработке конструктивных стратегий и научно-методическому сопровождению здоровьесберегающей деятельности субъектов образовательного процесса).

Интегральными управленческими критериями эффективности деятельности службы, в соответствии с положениями теории управления образованием, должны стать, на наш взгляд, следующие показатели: 1) системности и упорядоченности в организации деятельности; 2) активности и продуктивности; 3) оперативности и четкости работы.

Системность и упорядоченность в организации деятельности службы подразумевают наличие однозначно сформулированных целей, задач; четкость распределения функциональных обязанностей; наличие оформленных критериев оценки работы подразделений; систематический анализ эффективности принятых и выполняемых решений; упорядоченную систему информирования о выполненных действиях и их результативности.

Активность и продуктивность деятельности определяются числом инициатив по улучшению работы управления и новых видов здоровьесберегающей деятельности, исходящих из структурных подразделений; количеством новых и реализованных решений; курируемыми направлениями здоровьесберегающей деятельности, целевыми и инновационными проектами и др.

Оперативность и четкость работы проявляются в своевременном выполнении запланированного; количестве действий, осуществляемых оптимально и оперативно, в соотношении с выполняемыми с организационными накладками; согласованности при выполнении действий.

Таким образом, в содержание описанных направлений интегрированы, на наш взгляд, все аспекты работы образовательной организации в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся с учетом возможности обеспечения межведомственного социального партнерства. Более того, предложенная структура службы здоровья позволит развести сферы компетентности специалистов различных областей, не предполагая при этом разобщенности их усилий, обеспечивая сохранение стратегически единого вектора, центрированного на достижении цели – формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

В соответствии со стандартом планируемый результат достигается эффективнее, если различными видами деятельности и соответствующими ресурсами управляют как процессами [27, 33, 79]. Поэтому важно исследовать особенности применения процессного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности.

3.4. Возможности применения процессного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности

Сегодня процессное управление, или применение процессного подхода в управлении здоровьесбережением, – требование объективной реальности. Лишь тогда управление может быть эффективно, когда оно осознанно нацелено на управление процессами [27, 79] – процессами, которые являются основным содержанием деятельности любой организации при наличии у нее четко определенных целей.

В настоящее время существует большое число самых различных характеристик процессного подхода. Из общего их числа нами выделено две группы. В первом случае речь идет о комплексном, системном рассмотрении деятельности организации как совокупности процессов, разработке системы управления процессами с использованием принципов международных стандартов серии ISO 9000 (комплексный подход). Во втором случае – о выделении в организации сквозных процессов, их описании и последующей реорганизации (сквозной подход). Рассмотрим данные подходы применительно к здоровьесбережению.

1. Комплексный подход к характеристике и применению процессного подхода в здоровьесберегающей деятельности.

Настоящий подход П. П. Долгих условно называет «полным» [39, с. 22], хотя правильнее назвать его системным подходом к выде-

лению процессов организации (что соответствует требованиям стандартов [33]). Он базируется на следующих четырех основных положениях: 1) определение особенностей реализации процессного и системного подходов применительно к организации; 2) определение процессов организации; 3) осознание шагов, необходимых для внедрения процессного подхода; 4) определение сети (системы) взаимосвязанных процессов.

На основе верного концептуального определения процесса можно построить фундамент системы процессного управления как всей образовательной организации, так и отдельно здоровьесберегающей деятельности. Поскольку всякая работа выполняется как процесс [36], здоровьесбережение следует рассматривать именно в таком качестве. Как процесс следует рассматривать любую деятельность или комплекс деятельности, где используются ресурсы для преобразования входов и выходов [33]. Входы представляют собой исполнителей, сырье и энергию, документацию и информацию, инструменты и оборудование, условия окружающей среды и т. п., а выходы – продукцию, услугу, информацию и т. п. [26].

Исследователи характеризуют процесс как последовательность исполнения функций (работ, операций), направленных на создание результата, имеющего ценность для потребителя. Здесь следует обратить внимание на то, что важно выстраивать порядок функций, регламент их исполнения (системно или стихийно). Также подчеркивается ориентация процесса на результат, поскольку не может быть процесса без результата, ценность которого определяет не исполнитель, а потребитель.

Вслед за ГОСТ Р ИСО 9000–2008. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь [33], будем понимать *процесс здоровьесбережения* как устойчивую совокупность взаимосвязанных видов целенаправленной деятельности по охране и укреплению здоровья обучающихся, которая по определенной технологии преобразует входы в выходы, представляющие ценность для внутренних и внешних потребителей.

Поднимая вопрос об источниках процесса, Ю. П. Адлер предлагает рассматривать заинтересованные стороны как единственную силу, способную «возбудить» в организации тот или иной процесс [2]. С любой организацией, пишет Ю. П. Адлер, взаимодействуют пять заинтересованных групп: «начальство», «потребители», «поставщики»,

«общество» и «мы», т. е. все те, кто работают в данной организации [1]. Каждая из заинтересованных сторон порождает свои процессы, причем процессы, порождаемые потребителями, Ю. П. Адлер предлагает называть ключевыми процессами [2]. Это процессы, в результате которых достигается конкретная цель деятельности организации, процессы, добавляющие выходам наибольшую ценность для потребителя и, следовательно, определяющие потенциал организации. Далеко не каждый процесс может считаться ключевым.

Необходимым условием достижения качества здоровьесберегающей деятельности является установление потребностей и ожиданий ее потребителей [33]. Основными потребителями здоровьесберегающей деятельности с внешней стороны выступают государство и общество в целом, с внутренней – обучающиеся, их родители/законные представители, а также педагогические и иные работники образовательной организации, результат деятельности которых во многом зависит от уровня состояния здоровья обучающихся. Выявить ожидания и требования внешних потребителей возможно посредством изучения и анализа нормативно-законодательных документов различного уровня (федерального, регионального, субъектного) и современных научных исследований в данной области, а требования внутренних потребителей – анкетно-опросными способами с подключением ряда методик по установлению причинно-следственных связей, позволяющих конкретизировать расплывчатые высказывания респондентов.

Установленные требования следует рассматривать в качестве основных направлений здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, в соответствии с которыми в последующем будут формироваться основные процессы здоровьесбережения. С целью избегания расплывчатости как в формулировках, так и в измерителях проводят их описание и детализацию.

В частности, ключевые процессы здоровьесберегающей деятельности, выделенные нами, есть не что иное, как основные направления деятельности службы здоровья: медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение; формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся педагогическими средствами; физкультурно-оздоровительное сопровождение; психолого-педагогическое сопровождение; мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся.

Обращаясь к характеристике сети, или системы, процессов, следует отметить определенные трудности, связанные с детализацией, или декомпозицией, процессов. Например, здоровьесберегающую деятельность в целом можно рассматривать как процесс, и это не будет противоречить приведенному выше определению; однако и заполнение адаптационного листа обучающегося при переходе на новую ступень обучения также можно считать процессом. В этой связи встречается целый ряд градаций процесса: макропроцесс, ключевой процесс, подпроцесс и т. п. [39, с. 19].

В нашем случае *сеть процессов* следует рассматривать как совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих процессов образовательной организации, включающую в себя все виды осуществляемой здоровьесберегающей деятельности. Таким образом, при данном понимании сети (системы) процессов не важно, сколько процессов выделено. Важно, что вся деятельность, без исключения, рассматривается в виде процессов, декомпозиция (детализация) которых на подпроцессы раскрывает их технологические уровни.

Каждый процесс имеет свои цели, обеспечивается соответствующими ресурсами (кадровыми, материально-техническими и методическими). Построение процессов является сугубо специфичным для каждой конкретной образовательной организации (учитываются направленность, стратегические цели и ресурсные возможности организации). Общими могут быть алгоритмы, лежащие в основе моделирования процессов, в соответствии с требованиями стандартов, и позволяющие определить организационно-педагогические условия их функционирования. К числу таких условий мы относим выделение за счет внутренних резервов образовательной организации структурного подразделения (службы здоровья), обеспечивающего реализацию данной деятельности.

2. Сквозной подход к характеристике и применению процессного подхода в здоровьесберегающей деятельности.

Данный подход базируется на методике выделения в организации «сквозных» процессов (межфункциональные процессы, проходящие через несколько подразделений организации). Процесс в этом случае рассматривают как целенаправленную последовательность работ, приводящую к заданному конечному результату – выходу процесса [39, с. 23].

При использовании такого подхода в организации может быть выделено столько процессов, сколько смогут субъективно обосновать

руководители и специалисты. Дополнительно к типовым документам создаются описания сквозных процессов, содержание и назначение которых не позволяет их использовать для реального управления. На основе «сквозного» понимания процесса развивают целые школы реорганизации управления учреждением.

В данном случае очевидно, что вопрос построения системы управления в принципе не ставится: выполняется разовый проект улучшения операционных цепочек внутри организации.

Ряд исследователей развивают данный подход и вводят понятия «владелец процесса» и «владелец ресурса». Для сквозного процесса определяется так называемый владелец, т. е. сотрудник, отвечающий за результат процесса, его эффективность. Владелец (руководитель) процесса – должностное лицо, несущее ответственность за получение результата процесса и обладающее полномочиями для распоряжения ресурсами, необходимыми для выполнения процесса [11].

В нашем случае владельцами ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности могут стать руководители структурных подразделений службы здоровья либо, при отсутствии данной структуры, наиболее компетентные специалисты, отвечающие за то или иное направление здоровьесбережения.

Владельцу процесса необходимо с самого начала руководить его разработкой и описанием. С этой целью формируется рабочая группа, состоящая из работников структурных подразделений службы здоровья, участвующих в том или ином процессе здоровьесберегающей деятельности, и проводится идентификация входов и выходов процесса.

Таким образом, владельцем процесса здоровьесберегающей деятельности рекомендуется назначать инициативного, творческого, пользующегося уважением в коллективе сотрудника, который мог бы отвечать за налаживание межфункциональных связей, оптимизацию выполняемых в ходе процесса работ и т. д. При этом реально ресурсами распоряжаются руководители функциональных подразделений. При таком определении процесса и владельца процесса необходимо четко регламентировать взаимодействие владельца с руководителями функциональных подразделений (владельцами ресурсов), как правило руководителями подразделений службы здоровья. Такая регламентация фактически означает в целом изменение системы управления образовательной организацией, осуществляется переход на матричную или проектную структуру [39, с. 24].

На практике в большинстве случаев вопрос об изменении системы управления не ставится (в частности, службы здоровья в учреждениях создаются мало), но владельцы процессов назначаются. Руководство требует с них результат: повышение эффективности процессов здоровьесбережения, однако владельцы процессов, не имеющие в своем распоряжении реальных ресурсов и административных полномочий, не могут обеспечить улучшения процессов, что зачастую приводит к возникновению конфликтов с руководителями функциональных подразделений и т. п. Поэтому использование сквозных процессов без значительного изменения принципов управления образовательной организацией, а именно, создания специализированной службы здоровья, как правило, не приносит желаемых результатов.

Следует отметить, что на практике необходимо проводить анализ целесообразности применения одного из указанных выше подходов с учетом реального уровня развития образовательной организации.

Сущность внедрения процессного подхода, как было отмечено ранее, заключается в том, что организация рассматривается как совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих процессов, а управление организацией осуществляется посредством управления этими процессами. Соответственно, процессный подход ориентирован, в первую очередь, не на организационную структуру учреждения, а на ее процессы, конечными целями которых является создание продуктов или услуг, представляющих ценность для внешних и внутренних потребителей. В этом случае мы наблюдаем смещение акцентов с управления отдельными структурными элементами на управление процессами, связывающими воедино деятельность структурных элементов [22].

К процессам как к объекту управления традиционно применяется классический цикл Деминга «*Plan – Do – Check – Act*» (PDCA): планирование (*Plan*) – осуществление (*Do*) – проверка (*Check*) – действие (*Act*) [37].

Цикл Деминга описывает управление обратной связью, которое демонстрирует общий подход к непрерывному совершенствованию процесса [5, с. 32].

На этапе планирования (*Plan*) анализируется проблема и определяются действия по ее «лечению». Другими словами, планируется процесс совершенствования.

На этапе реализации, или в активной фазе (*Do*), реализуются решения, принятые на предыдущем этапе.

На этапе оценивания, или контроля (*Check*), проводятся измерения для оценки того, помогли ли проведенные действия решению проблемы, т. е. измеряются показатели.

И, наконец, на последнем, четвертом этапе (*Act*) процесс модифицируется в соответствии с теми действиями, которые дали желаемый результат. В итоге прохождения всех четырех этапов формируется новое качество – улучшенный процесс.

Главная идея цикла Деминга помимо описания систематического подхода к улучшениям – непрерывность этого процесса [37].

Для обеспечения достижения и поддержания планируемого состояния и уровня качества в процессе управления используются следующие группы методов (применительно к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности):

1) *экономические методы* обеспечивают создание экономических условий, побуждающих коллектив образовательной организации изучать запросы основных потребителей здоровьесбережения и оказывать услугу, удовлетворяющую эти запросы (например, экономические санкции за несоблюдение требований СанПиН);

2) *методы материального стимулирования* предусматривают поощрение или взыскание сотрудников за результативность работы по оказанию высококачественной образовательной услуги в рамках здоровьесбережения;

3) *организационно-распорядительные методы* подразумевают создание обязательных для исполнения директив, приказов, указаний владельцев (руководителей) процессов здоровьесбережения. К их числу относятся также требования к нормативной документации здоровьесбережения;

4) *воспитательные методы* призваны влиять на сознание и настроение участников процесса, побуждать их к высококачественному труду и четкому выполнению специальных функций управления качеством здоровьесбережения (например, моральное поощрение, воспитание гордости за честь и престиж организации и др.).

К средствам управления относятся оргтехника (в том числе компьютеры); средства связи; банк нормативной документации, регламентирующей показатели качества; метрологические средства и др. Их использование позволяет дополнительно воздействовать на неудовлетворительные факторы и условия и координировать действия всех исполнителей здоровьесберегающей деятельности [39, с. 49].

Следует отметить, что переход к процессному управлению закономерно сопровождается изменениями организационной структуры управления и полным переосмыслением всей деятельности организации, что нередко приводит к ряду ошибок. Д. В. Веретенцев указывает на следующую ошибку, часто допускаемую при внедрении процессного подхода: организация пытается построить систему процессного управления, основанную на сквозных процессах, в отрыве от существующей функционально-иерархической структуры, вследствие чего возникают две параллельно существующие системы управления [24].

С наличием таких ошибок в практике применения процессного подхода многие исследователи соглашались, однако предложение по сохранению (даже предварительно оптимизированной) традиционной функционально-иерархической системы и декомпозиции сквозных процессов до процессов, выполняемых в рамках одного структурного подразделения, по их мнению, не является рациональным [36]. В этом случае процессы оказываются полностью сосредоточены внутри одного подразделения (так называемые функциональные процессы) и не мешают действовать привычным образом. В результате получается система, которая живет своей жизнью, отдельной от основной деятельности организации [28]. А. Л. Шестаков, напротив, рекомендует выстраивать систему таким образом, чтобы процесс пересекал как можно больше границ подразделений и в нем были задействованы сотрудники разных отделов [150].

На наш взгляд, целесообразно структуру управления организацией определить как совокупность подразделений, каждое из которых выполняет свои функции по достижению качества установленными методами.

Назначением управления является обеспечение достижения цели. Образовательная организация возлагает на систему управления образовательным процессом задачу достижения цели с должным качеством протекающих в системе процессов. Переход от начального состояния к конечному (цели) возможен разными путями. Каждый путь характеризуется затратами на процесс управления. Такой интегральный показатель качества управления, как общие затраты (времени, финансовых средств, персонала и т. п.), важен, так как позволяет руководителю и исполнителям процесса и системы в целом оценить его эффективность, определить возможности улучшения, даже когда запланированный результат достигается.

Базовым классификационным признаком построения систем управления, определяющим облик системы и ее потенциальные возможности, является способ организации управления – закон (принцип) управления [22, с. 10].

Простейшим законом управления является *программное управление*. Оно сводится к обеспечению заданной последовательности (программы) действий-шагов при реализации управления. Такой принцип можно применять тогда, когда есть твердая уверенность, что каждый шаг выполняется правильно и не может возникнуть непредвиденных ситуаций, не позволяющих продолжать процесс («запланировано – сделано»).

Следующие два принципа управления в соответствии с принципами управления качеством известны как *предупреждающее (по возмущению)* и *корректирующее (по отклонению) управление*. Первый из них заключается в анализе условий для возможности продолжения выполнения запланированных шагов, т. е. в проверке наличия возмущения, не позволяющего безболезненно продолжать движение. Если такое возмущение возникло, то выполняется некоторое заранее запланированное дополнительное действие, нейтрализующее (полностью или частично) или компенсирующее влияние возмущения. («*Проверь: если нет препятствия для выполнения следующего шага – выполняй его*»). Реализация второго принципа сводится к анализу выполнения текущего шага: если нужный результат на шаге получен, то можно выполнять следующий. («*Проверь: если выполнено – делай дальше*»). Если же результат не получен, то шаг осуществляется повторно [22, с. 10].

Соблюдение обоих принципов резко повышает вероятность достижения запланированного результата за счет ликвидации (или уменьшения влияния) текущих несоответствий в процессе управления деятельностью. Правда, только тех, реакция (дополнительное управленческое решение) на которые предусмотрена заранее.

Обратим внимание на то, что в цикле Деминга реализуется только один принцип управления – по отклонению [37]. Иными словами, коррекция (*Act*) производится только тогда, когда запланированный результат (*Plan*) не получен на стадии выполнения (*Do*), что выявлено после завершения работы на стадии проверки результата (*Check*).

Отметим, что соблюдение принципов управления требует дополнительных затрат на анализ, на повторные или дополнительные действия. Поэтому нужно тщательно выбирать места размещения кон-

трольных точек управления (мест, где следует проводить дополнительный анализ) и вдумчиво принимать решения о дальнейшем ходе процесса здоровьесбережения.

Контрольные точки необходимы:

- для внутренней коррекции процесса (внутреннего управления);
- для контроля промежуточного состояния процесса;
- для обеспечения результативности и эффективности процесса;
- для выявления причин несоответствий.

Обычно контрольные точки выбирают между подпроцессами здоровьесбережения, его процессными шагами, учитывая при этом возможность измерения (оценки состояния), коррекции процесса и влияние запаздывания в принятии управленческого решения.

Критические точки способствуют обеспечению управляемости процесса здоровьесбережения не только по ходу его движения, но и в статистическом смысле. Число ответвлений от запланированного хода процесса дает необходимую информацию о качестве управления процессом. Снижая количество ответвлений, мы улучшаем ход процесса. Поэтому в случае отклонения от запланированного необходимо его зарегистрировать. Последующий статистический анализ данных будет способствовать выявлению причин задержек (за счет выполнения повторных или дополнительных действий) и определению пути улучшения управления процессом, а значит, и самого процесса. Такой контроль обеспечивает возможность статистического управления не только процессом здоровьесберегающей деятельности, но и процессом любой иной природы (технологического, организационного процесса). Таким образом, если регистрация процесса управления в критических точках не проводится, то реализуются далеко не все возможности управления процессом.

Итак, процессное управление – действительно требование объективной реальности. Как мы уже говорили, управление организацией может быть эффективно лишь тогда, когда оно осознанно нацелено на управление процессами, являющимися основным содержанием деятельности любой организации при наличии у нее четко определенных целей. Соответственно, для достижения желаемого результата необходимо разными видами здоровьесбережения и соответствующими ресурсами управлять как процессом. Что, в свою очередь, приводит к необходимости определения всех ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности, установления целей процессов, назначения лиц, ответственных за эти процессы, и документальной регламентации.

Анализ научно-методического и технологического обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций позволил получить следующие результаты.

1. Качество здоровьесберегающей деятельности представлено как сложный системный объект управления; соответственно, рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как процесс и систему, входящую в общую структуру образовательной системы организации, важно для решения задач управления образовательными системами использовать подходы теории социального управления, позволяющие исследовать общие, обязательные для любого управленческого акта процедуры независимо от того, в какой социальной сфере они реализуются.

2. Выделены инновационные факторы в обеспечении управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Современное управление качеством базируется на идее, что деятельность в обеспечении качества не может быть эффективной после того как оказана услуга и должна осуществляться в процессе ее оказания. Именно поэтому особенно важна работа по обеспечению качества, предшествующая процессу оказания услуги. Поскольку качество здоровьесберегающей деятельности обусловлено влиянием различных факторов, для их предупреждения необходимы соответствующие управляющая (обеспечивает менеджмент качества) и управляемая (уровни управления организацией) системы качества как совокупность мер постоянного воздействия на процесс оказания образовательной услуги в области охраны и укрепления здоровья обучающихся. Основными целями системы управления качеством здоровьесбережения в образовательной организации должны быть постоянный системный учет интересов потребителей данной деятельности, улучшение работы при лидирующей роли менеджмента и вовлечение в сферу качества всех участников основных процессов здоровьесберегающей деятельности.

3. Разработана концепция обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательной организации. Целью концепции стало обоснование решения проблем управления качеством здоровьесберегающей деятельности за счет внутреннего потенциала образовательной организации с ориентацией на создание государственной системы оценки качества образования и приоритет развития личности, что возможно при реализации системного подхода в управлении качеством. Системообразующим фактором концепции стала научно обоснованная идея преобра-

зования существующей системы управления здоровьесбережением, определяющая системные изменения в организационной, педагогической, технологической и иных подсистемах качества.

Содержание концепции представлено принципами управления качеством здоровьесберегающей деятельности, отражающими сущность основных принципов международных стандартов серии ISO 9000 и директив ENQA, близких к идеологии всеобщего менеджмента качества: соотнесение интересов образовательной организации и заказчиков ее услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности; соотнесение принципа единоначалия и творческих инициатив; соотнесение цели образовательной организации и целей сотрудников; соотнесение целей образовательной организации и целей обучающихся; соотнесение ориентации на процесс и на результат; соотнесение идей разных подходов к управлению качеством; соотнесение различных подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности; соотнесение системы документационного обеспечения и управления качеством.

4. Разработана структурно-функциональная модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Необходимость обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности обусловила модернизацию существующей системы здоровьесбережения: выделение за счет внутренних резервов образовательной организации структурного подразделения, обеспечивающего реализацию здоровьесберегающей деятельности – службы здоровья (либо проведение структуризации основных направлений здоровьесбережения без организации службы).

При построении службы, как и при построении любой структуры в организации, мы придерживались ряда взаимосвязанных принципов.

В соответствии с принципом разделения труда, или специализации, учитывая специфику здоровьесбережения, в службе здоровья необходимо выделить пять основных направлений деятельности (специализаций): 1) медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение; 2) формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся педагогическими средствами; 3) физкультурно-оздоровительное сопровождение; 4) психолого-педагогическое сопровождение; 5) мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся.

В соответствии с направлениями деятельности в службе как относительно самостоятельной структурной организации целесообразно выделить структурные подразделения (принцип структурирования), за

которыми должны быть закреплены определенные полномочия и ответственность: 1) медико-санитарно-гигиеническое; 2) валеолого-педагогическое; 3) физкультурно-оздоровительное; 4) психолого-педагогическое; 5) мониторинговое подразделения.

В содержание представленных направлений интегрированы все аспекты работы образовательной организации в области сохранения и укрепления здоровья с учетом возможности обеспечения межведомственного социального партнерства.

В соответствии с принципом учета функциональных операций целесообразно выделить трех основных функций деятельности как службы здоровья в целом, так ее подразделений и конкретных исполнителей: 1) диагностико-прогностическая; 2) информационно-консультативная; 3) научно-координационная.

Интегральными управленческими критериями эффективности деятельности службы в соответствии с положениями теории управления образованием должны стать, на наш взгляд, показатели системности и упорядоченности в организации деятельности; активности и продуктивности; оперативности и четкости работы.

5. Раскрыты возможности применения процессного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности. В контексте процессного подхода здоровьесбережение представлено как устойчивая, целенаправленная совокупность взаимосвязанных видов деятельности по охране и укреплению здоровья обучающихся, которая по определенной технологии преобразует входы (вся совокупность элементов, позволяющих обеспечить выполнение данной образовательной услуги) в выходы, представляющие ценность для внутренних и внешних потребителей.

Процессный подход ориентирован, прежде всего, на процессы, а не на организационную структуру учреждения, что позволило нам сместить акценты с управления структурными подразделениями службы здоровья на управление процессами здоровьесбережения. Управление важно строить по классическому циклу Деминга (планирование – осуществление – проверка – действие, как управление обратной связью), обеспечивающему непрерывное совершенствование процесса в том числе за счет систематического проведения внутреннего аудита (аудита процессов или аудита подразделений службы здоровья).

Таким образом, управление здоровьесберегающей деятельностью предусматривает управление разными видами здоровьесбережения и соответствующими ресурсами как процессом.

Глава 4. ОПЫТНО-ПОИСКОВАЯ РАБОТА ПО РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Организационно-педагогические условия обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности – сложный и длительный процесс, предусматривающий создание специальных условий для осуществления эффективной деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, гарантированно достигающей цели – формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.

Образовательная деятельность реализуется посредством контактов человека с окружением. А окружение всегда характеризуется определенными свойствами. Рассматривая соответствующие свойства окружения обучающегося как некую данность, как обстоятельства, сопутствующие его образовательной деятельности, Г. Н. Сериков называет их условиями ее осуществления [113, с. 91].

Понятие «условие» толкуется следующим образом: 1) обстоятельство, от которого что-нибудь зависит; 2) правила, установленные в какой-нибудь области жизни, деятельности; 3) обстановка, в которой что-нибудь происходит [94, с. 588].

В контексте теории психического развития Р. С. Немов понимает условия как совокупность внутренних и внешних причин, определяющих психологическое развитие человека, ускоряющих или замедляющих его, оказывающих влияние на процесс развития, его динамику и конечные результаты [90, с. 270–271].

Схожую позицию занимают педагоги, рассматривая условие как совокупность переменных природных, социальных, внешних и внутренних воздействий, влияющих на физическое, нравственное, психическое развитие человека, его поведение, воспитание и обучение, формирование личности [103, с. 36].

В целом в рамках педагогического процесса условие, на наш взгляд, можно охарактеризовать как совокупность причин, обстоятельств,

каких-либо объектов и т. д.; как влияние обозначенной совокупности на воспитание, обучение и развитие человека, в том числе на ускорение или замедление данных процессов.

Условия осуществления образовательной деятельности человека весьма разнообразны и разнородны [113, с. 91]. Одни из них предопределяются объективными законами развития реальной действительности. Другие носят антропогенный характер, т. е. являются следствием социальных процессов. Некоторые условия создаются специально. Однако при всем их разнообразии все условия имеют общий признак: обучающийся, оказавшись в тех или иных условиях образовательной деятельности, испытывает их влияние на себе. При этом он воспринимает соответствующие условия как объективные обстоятельства, общепризнанные правила (требования), которые касаются его постольку, поскольку его образовательная деятельность происходит в этих условиях.

Применительно к предмету нашего исследования *педагогические условия* определены как *совокупность взаимосвязанных внешних (нормативно-правовых, средовых и организационно-управленческих) и внутренних (личностных) влияний в образовательном процессе, обеспечивающих успешность формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности:*

- *нормативно-правовые условия*, создающие наряду с макросоциальной (государственная политика, социальный заказ, общественная востребованность и признание приоритетности здоровьесберегающей деятельности в системе образования) микросоциальную базу для осуществления процесса формирования у обучающихся готовности к здоровьесориентированной деятельности (признание приоритетности здоровьесберегающей деятельности в педагогическом процессе образовательной организации);

- *средовые условия* – соответствующее санитарно-гигиеническим требованиям состояние материально-технической базы образовательной организации; обеспеченность образовательного процесса средствами здоровьесберегающего обучения; кадровое обеспечение, предполагающее наличие системы непрерывного образования педагогов в области здоровьесбережения;

- *организационно-управленческие условия*, включающие организационно-управленческие структуры и механизмы управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций;

- *личностные условия* связаны в первую очередь с личностной направленностью обучающихся, с их мотивацией к личностному развитию (саморазвитию, самосовершенствованию) в сохранении и укреплении здоровья.

Рассмотрим основные предпосылки создания и обеспечения выделенных условий в здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

1. Нормативно-правовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Социальную базу для осуществления образовательными организациями здоровьесберегающей деятельности составляют нормативно-законодательные документы федерального, регионального, муниципального и субъектного уровней: Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями); Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. от 12 мая 2009 г. № 537; Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. от 17 ноября 2008 г. № 1662-р; Национальная доктрина развития образования в Российской Федерации на период до 2025 г. от 4 октября 2000 г. № 751; Федеральный закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ; Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» от 4 февраля 2010 г. № 271; Государственная программа РФ «Развитие образования» на 2013–2020 гг. от 15 мая 2013 г. № 792-р; федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного, общего и профессионального образования; приказ Министерства здравоохранения и образования РФ «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» от 30 июня 1992 г. № 186/272; приказ Министерства образования РФ об утверждении Примерного положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения от 15 мая 2000 г. № 1418; Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ; приказ Министра образования и науки РФ «Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников» от 28 декабря 2010 г. № 2106 и др.

Согласно данным документам, содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовно-нравственному развитию детей, подростков и учащейся молодежи является одной из главных целей государственной политики Российской Федерации в интересах детей. В соответствующих нормативно-правовых и законодательных актах на образовательные организации возложена ответственность за сохранение и укрепление здоровья обучающихся; установлены порядок соблюдения требований к условиям осуществления образовательного процесса в учебных заведениях; акцентируется внимание на необходимости объединения усилий медицинских и образовательных ведомств; предлагается механизм реализации поставленных целей путем создания соответствующих структур. Основной задачей и обязательным условием со стороны образовательных организаций должно быть отражение требований и положений нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, в документах локального уровня (положения о здоровьесберегающей деятельности, приказы, распоряжения, должностные инструкции сотрудников, задействованных в здоровьесбережении и др.), являющихся для сотрудников организаций основанием для осуществления деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, несения ответственности за ее результативность.

2. Средовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

К числу основных ресурсов здоровьесберегающей деятельности образовательной организации относятся санитарно-гигиенические. Соблюдение санитарно-гигиенических норм обеспечивает субъекту образовательного процесса благоприятные и безопасные для здоровья условия обучения и воспитания. Данные условия подлежат строгому государственному нормированию и контролю. В частности, создание и оценка состояния материально-технической базы образовательной организации, условия организации образовательного процесса регламентируются соответствующими санитарными правилами и нормами (СанПиН): СанПиН 2.4.1.2660–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях»; СанПиН 2.4.2.1178–02 «Гигиена детей и подростков. Учреждения общего среднего образования. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях»;

СанПиН 2.4.3.1186–03 «Учреждения начального профессионального образования. Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования» и др.

Гигиенические требования к образовательным организациям основываются на данных о физиологических изменениях, происходящих в организме детей в результате взаимодействия со средой, с учетом их возраста и особенностей организации образовательного процесса. Основное внимание администрации образовательных организаций и педагогам необходимо обращать на следующие факторы [115]: действие звуковых раздражителей; воздушно-тепловой режим; естественное и искусственное освещение; видеоэкология; использование персональных компьютеров; питание в учреждении; качество используемой питьевой воды.

Важное значение имеет рациональная организация образовательного процесса, необходимая для предотвращения перегрузки, перенапряжения у учащихся и обеспечения их успешного обучения [12, 29 и др.]. Основными показателями рациональности организации учебного процесса являются:

- объем учебной нагрузки (количество учебных занятий и их продолжительность, включая затраты времени на выполнение домашних заданий);
- нагрузка от дополнительных занятий: факультативов, индивидуальных занятий, занятий по выбору и т. п. (их частота, продолжительность, виды и применяемые формы работы);
- занятия активно-двигательного характера: динамические паузы, занятия физической культурой и спортом и т. п. (их частота, продолжительность, виды и формы занятий);
- комфортность условий, в которых реализуется учебно-воспитательный процесс;
- соответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям обучающихся.

Реализация здоровьесберегающей деятельности, нацеленной на формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, предусматривает наличие как учебно-методических, так и технологических ресурсов, формирование которых в большинстве своем зависит от уровня профессиональной компетентности педагогов образовательной организации.

Профессиональная компетентность в психолого-педагогической литературе понимается как интегральная характеристика личности специалиста, отражающая степень овладения знаниями, умениями и навыками в той или иной области профессиональной деятельности, способность решать профессионально-педагогические задачи в реальной практической ситуации, умение человека жить и эффективно действовать в обществе (В. В. Краевский, В. М. Полонский, В. А. Сластенин, А. В. Хуторской и др.).

Соответственно, следует говорить о необходимости формирования профессиональной готовности педагогов образовательной организации к решению вопросов здоровьесбережения и формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности – здоровьесберегающей компетентности педагогов.

Здоровьесберегающую компетентность нужно рассматривать как одну из важных составляющих профессиональной компетентности и в то же время как самостоятельную научную категорию современной педагогики, отражающую новый этап развития системы российского образования [62].

Понимание здоровьесберегающей компетентности как научной категории обусловлено возможностью выделения в педагогической деятельности тех ее аспектов, которые непосредственно связаны с процессом сохранения и укрепления здоровья обучающихся и педагогических работников:

- *мотивационно-ценностного* (профессионально-педагогическая направленность личности педагога, сформированность убеждений в необходимости подготовки к здоровьесбережению, приоритетность ценности здоровья в системе ценностей);
- *когнитивного* (система знаний, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по сохранению и укреплению здоровья, по формированию готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности; знание концептуальных психолого-педагогических и анатомо-физиологических основ воспитания и развития);
- *инструментально-деятельностного* (профессиональная деятельность педагога по обеспечению процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности и т. д.).

В соответствии с выделенными компонентами *здоровьесберегающую компетентность педагога* мы вслед за Э. М. Казиным [51] оп-

ределяем как *интегральную профессионально значимую способность личности к организации педагогической деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, которая основана на индивидуальной культуре здоровья и проявляется в совокупности теоретических знаний о здоровье, практическом опыте и навыках здоровьесбережения, готовности к формированию здорового образа жизни, здоровьесберегающей личностной позиции участников образовательного процесса.*

О высоком уровне развития здоровьесберегающей компетентности педагога можно говорить тогда, когда он не только владеет знаниями о здоровье, здоровом образе жизни и здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к осуществлению здоровьесберегающей деятельности, но и реализует эти ценности, знания и мотивы на практике по отношению как к собственному здоровью, так и к здоровью обучающихся. В связи с этим Н. Н. Мальярчук анализирует проблему подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности через призму развития культуры здоровья как базового компонента общей и профессиональной культуры [73, 74].

Процесс повышения уровня профессиональной компетентности педагога является непрерывным, любые изменения в социальной и профессиональной среде могут влиять на его результативность. В этом контексте важную роль в развитии здоровьесберегающей компетентности педагога играют создание в образовательной организации условий для профессионального роста, квалифицированная психолого-педагогическая поддержка его деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Развитие профессиональной компетентности представляет собой динамичный процесс усвоения и модернизации профессионального опыта, ведущий к развитию индивидуальных профессиональных качеств. Любое развитие предполагает самообразование, саморазвитие и самосовершенствование. В связи с этим важно отметить необходимость непрерывного самообразования педагогов, в том числе в области здоровьесберегающей деятельности.

3. Организационно-управленческие условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Данная группа условий включает структурно-функциональные преобразования и механизмы, позволяющие обеспечить результативность здоровьесбережения, что предусматривает обязательное управ-

ление обозначенной деятельностью (как системой и как процессом), обеспечивающее ее качество. Необходимость обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности детерминирует модернизацию существующей системы здоровьесбережения: выделение за счет внутренних резервов образовательной организации структурного подразделения, обеспечивающего реализацию здоровьесберегающей деятельности – службы здоровья, построение которой подробно раскрыто нами ранее, либо проведение структуризации основных направлений здоровьесбережения с выделением ключевых процессов и назначением ответственных за каждый процесс лиц.

В то же время эффективность функционирования службы здоровья зависит от обеспечения условий эффективного взаимодействия как руководителей структурных подразделений, так и основных сотрудников, задействованных в здоровьесбережении, с учетом их межведомственной разобщенности и специализации; что обеспечивает не только комплексность, преемственность и системность здоровьесбережения, но и реализацию принципа международных стандартов серии ISO 9000 «вовлечение работников» [34, с. 6–7]. Соответственно, деятельность сотрудников образовательной организации становится одним из объектов управления. Ее можно охарактеризовать как психолого-педагогическое взаимодействие сотрудников, обусловленное социально-психологическими характеристиками работников организации (как совокупного субъекта трудовой деятельности) и особенностями самой деятельности [53]. В этой связи деятельность сотрудников образовательной организации как объекта управления необходимо рассматривать с учетом процессуальных составляющих, особенностей коллектива и учреждения в целом.

Идею объединения руководителей структурных подразделений службы здоровья (а при ее отсутствии владельцев (руководителей) основных процессов (направлений) здоровьесберегающей деятельности) в специализированную группу вполне отражает понятие *«управленческая команда»*. Это некая административная единица (совокупность связанных между собой сотрудников), реализующая определенные задачи. В исследуемом контексте термин *«команда»* подчеркивает целевую взаимосвязь группы людей на профессиональной и личностной основах, что подразумевает возможность выполнения совместных действий по достижению программируемого коллективно результата. Прилагательное *«управленческая»* подчеркивает содержательно-смысловую направленность профессиональной деятельности команды.

Управленческую команду исследователи полагают системным явлением, которое формируется в образовательной организации с целью решения социально-педагогических, образовательных и управленческих задач [25, 53]. Наличие команды позволяет преодолеть изолированность ее членов, обеспечить демократический стиль руководства, настроить взаимосвязь деловых отношений и личных контактов сотрудников.

С позиции социальной психологии управленческую команду (к которой отнесены руководители подразделений службы здоровья) можно рассмотреть как элементарную *малую группу* (группа от 2 до нескольких десятков человек, причем наиболее эффективна группа в 5–7 человек), включающую в себя незначительное количество людей, находящихся вместе или расположенных близко друг от друга.

Более объемно определение понятия «*группа*»: ограниченная в размерах общность людей. Группа выделяется из социального целого на основе определенных признаков: структуры, социальной принадлежности, характера выполняемой деятельности, уровня развития и т. д. Существенным признаком группы, обязательным условием возникновения является ее направленность на совместную деятельность. Эти значимые признаки группы относятся и к малой группе.

Родовым признаком малой группы считается ее принадлежность к социальной группе, видовым – непосредственный устойчивый личный контакт. Малая группа, отражая общественные отношения, преломляет их во внутригрупповые. Это целостная система, и в ней, в ее развитии отражаются все системные признаки. Будучи целостной системой, малая группа проявляет относительную самостоятельность.

Одной из модификаций малой группы является *коллектив*. Исследованию его социально-психологических аспектов посвящены труды А. Л. Журавлева, Р. С. Немова, Н. Н. Обозова, Л. И. Уманского и др. [41, 89, 92, 131 и др.].

Коллектив представляет собой особое качественное состояние малой группы, достигшей высокого, а по мнению ряда авторов наивысшего, уровня социально-психологической зрелости. Если группа занята социально ценной и значимой для всех ее членов совместной деятельностью, опосредствующей межличностные отношения в ней, то она может представлять собой группу высокого развития (коллектив). Соответственно, важно обеспечить развитие номинального объединения руководителей структурных подразделений службы здоровья как малой группы до уровня коллектива.

Л. И. Уманский отмечает, что структура группы актуализируется только в деятельности, когда коллектив динамично функционирует [131].

Р. С. Немов в числе важнейших параметров коллектива, которые проявляются в совместной деятельности и могут служить критериями эффективности данной деятельности, выделяет коллективизм, сплоченность, ответственность, организованность, открытость, информированность и контактность [89]. Проведенный исследователем анализ эффективности коллективной деятельности показал, что ключевое влияние на нее оказывают не структурно-формальные параметры коллектива (композиция, величина, общая задача), а характерные для коллективной деятельности отношения.

Уровень развития коллектива зависит от его способности устанавливать цели, выстраивать и гибко изменять структуру взаимоотношений и взаимодействий.

Наиболее значительно на характеристиках коллектива сказываются параметры, находящиеся в ведении органов управления образовательной организации: интенсивность и методы взаимодействия между структурными подразделениями; способы вертикальной и горизонтальной координации деятельности; степень централизации управленческой системы; преобладающие принципы и диапазон внутреннего контроля и др.

Целью процесса формирования управленческой команды службы здоровья является получение качественно нового результата от объединения руководителей подразделений в целеустремленную систему, а целью процесса управления – получение дополнительных, качественно новых эффектов. Соответственно, основной задачей руководителя службы здоровья (организатора здоровьесберегающей деятельности) по управлению командой руководителей структурных подразделений является не констатация выполнения/невыполнения мероприятий, а их планирование, организация, координация, контроль хода получения системных эффектов и на каждом этапе – увеличения количества положительных промежуточных результатов.

При создании управленческой команды важно учитывать психологический климат (как важнейший фактор психологического здоровья, настроения и социальной активности личности) и эмоциональный настрой в группе, влияющий на самочувствие, настроение и, соответственно, работоспособность каждого ее члена.

Выделяют несколько стадий (этапов) развития командных тенденций в группе, четкое понимание которых является важным условием формирования коллектива [25]:

1) *стадия проектирования состава и задач команды* (руководителю службы здоровья (организатору здоровьесберегающей деятельности) нужно отчетливо представлять задачу, для которой создается команда службы здоровья; учитывать специфические знания и умения членов команды, необходимые для выполнения задач; делегировать им права, обязанности, полномочия);

2) *стадия организации условий для результативной работы команды* (определение и организация необходимых условий для работы (помещение, оборудование, финансирование и т. д.));

3) *стадия развития групповых норм* (начало деятельности команды, осуществление конкретных действий, когда команда службы здоровья работает как нечто единое, целостное);

4) *стадия контроля* (руководителем службы здоровья (организатором здоровьесберегающей деятельности) осуществляется осмысление достигнутого уровня развития команды службы здоровья).

Таким образом, определив составляющие (социальные и персональные) управленческой команды службы здоровья как малой группы, можно программировать ее системный эффект, устойчивость, деятельностьную эффективность.

Особое внимание при формировании управленческой команды службы здоровья должно уделяться процессам взаимодействия ее субъектов (как объективной и универсальной форме движения и развития, определяющей существование и структурную организацию любой материальной системы). Поскольку в процессе любой коллективной деятельности появляется взаимосвязанность ее участников, важно определить какова степень и какой характер (официальный/неофициальный) взаимодействия установлен между ними, так как взаимосвязанность является одним из основных факторов, регулирующих взаимодействие.

Успешное взаимодействие специалистов в процессе управления здоровьесберегающей деятельностью зависит от ряда объективных (внешних) и субъективных (внутренних) условий [86, 92 и др.]. К первым относятся требования общества, в частности к уровню состояния здоровья детей; уровень развития науки и профессиональной подготовки специалистов, реализующих здоровьесберегающую деятельность; наличие установок в нормативных документах, норм и правил, регла-

ментирующих здоровьесбережение; личностные и профессиональные качества руководителя учреждения и руководителя службы здоровья (организатора здоровьесберегающей деятельности) и др. К внутренним условиям следует отнести стратегию развития образовательной организации, место здоровьесбережения в ней; наличие организационной структуры (службы здоровья); уровень профессиональной компетентности специалистов, задействованных в здоровьесбережении, их уровень культуры здоровья и др., т. е. все те условия, что выделены нами как обеспечивающие качество здоровьесберегающей деятельности.

Следует учитывать, что взаимодействие между членами команды службы здоровья осуществляется как интенсивный обмен информацией, взглядами, эмоциями на стратегических, тактических и оперативных уровнях, соответственно, основными задачами организации взаимодействия будут:

- преобразование прямых управленческих воздействий в кооперативную систему связей по долговременным интересам: установление отношений субординации, координации, сотрудничества, согласованности и обратной связи;
- учет уровня развития коллектива при использовании различных способов управленческого воздействия;
- установление и закрепление за сотрудниками определенных обязанностей, создание единого статуса, регулирование соответствия прав и обязанностей содержанию деятельности и индивидуальным особенностям;
- рациональная организация труда с ориентацией на качество;
- предупреждение возможных негативных последствий при взаимодействии управляемой и управляющей систем.

Ключевой стороной организации взаимодействия команды службы здоровья, на наш взгляд, является педагогическое целеполагание как процесс проектирования перехода от возможностей (потенциал системы образования) к действительности (реализация потенциала).

В соответствии с учением О. В. Эрлих нами разработана модель согласования целей субъектами управленческой команды службы здоровья в условиях современной образовательной организации, которая одновременно может выступать как метод исследования образовательной среды, как отправная точка и как условие рефлексивного осмысления целей здоровьесберегающей деятельности, внутреннего психо-

логического состояния и границ личной ответственности членов команды службы здоровья. Данная модель включает в себя личностное самоопределение субъектов управленческой команды службы здоровья как условие становления их субъективной активности через осознание специфики и целей здоровьесберегающей деятельности, а также организацию диалога/полилога для согласования членами команды целей. Предлагаемая модель выступает необходимым условием, процессом и результатом организации здоровьесберегающей деятельности образовательной организации в режиме саморазвития.

Технология построения модели согласования целей между субъектами управленческой команды службы здоровья включает ряд этапов:

1) *Подготовительный*. Выявление и осознание субъектами управленческой команды службы здоровья потенциала развития образовательной организации, ориентированного на здоровье как базовую ценность. На данном этапе предметом согласования являются индивидуальные представления о ценностных основаниях и проблемах, определяющих специфику здоровьесберегающей деятельности.

Задачи этапа:

- определение потенциала учреждения через анализ ряда показателей и факторов: уровень развития учреждения на настоящий момент; состояние внешней социально-педагогической среды (SWOT-анализ); уровень притязаний руководства образовательной организации относительно перспектив развития здоровьесбережения; соответствие потенциала сотрудников уровню притязаний руководства; уровень мотивации педагогического коллектива; количество и педагогический авторитет сотрудников, на чье участие рассчитывает руководство; взгляды руководства и сотрудников на перспективы и возможные направления здоровьесберегающей деятельности;

- формирование ценностно-мотивационного отношения руководства образовательной организации и ее сотрудников к долговременной поэтапной деятельности по развертыванию здоровьесбережения и нахождению перспективных направлений его развития (предварительно должен быть проведен анализ эффективности существующих направлений здоровьесбережения, их перспективности);

- предварительное согласование ценностей субъектами управленческой команды службы здоровья (фундаментальные психологические, философские, культурологические основания, лежащие в основе деятельности каждого члена команды).

2) *Поиск новых идей развития здоровьесберегающей деятельности.* В данном случае под новыми идеями подразумеваются не совершенно новые, до этого нигде не применявшиеся, а новые по отношению к реализуемым в образовательной организации ранее.

Задачи этапа:

- организация и проведение аналитико-поисковых (выявление причинно-следственных связей) и игротехнических мероприятий по поиску новых уникальных идей и направлений совершенствования здоровьесберегающей деятельности;
- согласование ценностей в ходе коллективной деятельности по поиску идей и направлений совершенствования здоровьесбережения;
- диагностика приоритетов.

Результатом прохождения этапа должно стать нахождение и согласование новых уникальных идей и направлений совершенствования здоровьесберегающей деятельности с позиций субъектов управленческой команды службы здоровья (первичные портреты-образы).

3) *Согласование целей деятельности субъектами управленческой команды службы здоровья на основе системы единых ценностей.* Основная цель этапа – оформление содержания портретов-образов идей и направлений совершенствования здоровьесбережения в цели здоровьесберегающей деятельности как отдельных субъектов управленческой команды, так и службы в целом (как коллективного субъекта деятельности).

Задачи этапа:

- обеспечение субъектов управленческой команды службы достаточной нормативной, технологической, содержательной, коммуникативной и иной информацией по обеспечению процесса здоровьесбережения;
- моделирование целей перспективного развития здоровьесберегающей деятельности;
- предварительное согласование целей.

4) *Разработка целевых программ развития здоровьесберегающей деятельности.* Цель этапа – разработка, согласование и создание единой программы развития здоровьесберегающей деятельности образовательной организации.

Задачи этапа:

- опережающее развитие у субъектов управленческой команды службы здоровья навыков научно-исследовательской деятельности;

- разработка элементов программы развития здоровьесберегающей деятельности образовательной организации;
- согласование содержания программы с учетом результатов внутренней экспертизы (управление образования, педагогический совет учреждения, родительский комитет, ученическая конференция и т. п.);
- утверждение согласованной программы развития здоровьесберегающей деятельности на высшем совете образовательной организации (педагогический совет, ученый совет).

5) *Презентация программы развития здоровьесберегающей деятельности образовательной организации с последующим ее утверждением на уровне управления образования.* Согласование предусматривает внешнюю экспертизу содержания программы.

Задачи этапа:

- подготовка к презентации программы развития;
- выявление перспективных внешних связей.

Результатом прохождения этапа должно стать осознание управленческой командой службы здоровья себя как активного субъекта социального преобразования среды.

6) *Развертывание* коллективной работы по реализации программы развития здоровьесберегающей деятельности.

Задачи этапа:

- системное, планомерное выполнение мероприятий по реализации программы;
- гибкая корректировка целей и задач здоровьесберегающей деятельности в соответствии с изменяющимися условиями;
- мониторинг результатов и анализ эффективности здоровьесберегающей деятельности.

Результатом должно стать поэтапное становление механизма непрерывного согласования целей субъектами управленческой команды службы здоровья в ходе реализации программы.

Взаимодействие между субъектами управленческой команды службы здоровья необходимо строить с учетом следующих принципов:

- *гуманитаризация образования* – создание условий для развития у членов команды внутренней потребности в самосовершенствовании, творческом проявлении способностей;
- *гуманизация образования* – ориентация специалистов на гуманистические ценности при взаимодействии с участниками здоровьесберегающей деятельности;

- *консенсус и поощрение разногласий*;
- *единый статус* – предоставление равных возможностей всем субъектам взаимодействия независимо от их статуса и занимаемой должности;
- *неявность контроля* – оказание доверия и уважения к человеку как условие поддержания творческого труда и инициативы;
- *максимальное делегирование полномочий* – развитие горизонтальных связей между руководителями подразделений службы здоровья и иными сотрудниками, задействованными в здоровьесбережении, т. е. передача руководителем части полномочий, функций сотрудникам;
- *целостность организации взаимодействия членов команды* – ориентированность на уровень профессиональной компетентности субъектов управленческой команды; содержательная целостность (цель, задачи, условия, способы достижения, результат); целостность профессиональной среды (взаимодействие в различных комбинациях); целостность форм профессионального самосовершенствования (сочетание организационных форм с выраженной ориентацией на последующее саморазвитие).

Таким образом, управленческую команду службы здоровья необходимо строить в соответствии с принципами конструирования и развития малой группы, когда главными условиями выступают систематическое согласование целей, ценностей, действий, а также интегрированность отдельных функций в общую систему управленческого взаимодействия.

С целью выявления критериев, отражающих данные условия, нами был проведен анализ работ, посвященных проблеме управления общностью людей (групп и коллективов). Результатом стало выделение ряда существенных характеристик, определяющих сущность трудовых коллективов и используемых нами для оценивания уровня развития управленческой команды службы здоровья [53, 89, 130]:

- *целенаправленность* – наличие цели, обусловленной групповыми интересами, социальными установками и убеждениями;
- *мотивированность* – активное и заинтересованное отношение к совместной здоровьесберегающей деятельности;
- *интегрированность* – единство составляющих здоровьесберегающую деятельность элементов: степень взаимосвязанности, плотность, частота и интенсивность контактов между членами управленческой команды;

- *структурированность* – четкое распределение функций, прав и обязанностей между членами управленческой команды;
- *согласованность* – «сработанность» сотрудников;
- *организованность* – наличие определенного порядка управления и выполнения совместной деятельности;
- *результативность* – способность достигать запланированных результатов в ходе совместной здоровьесберегающей деятельности и взаимодействия.

Использование представленных критериев позволило оценить уровень сформированности и развития управленческой команды владельцев основных процессов здоровьесберегающей деятельности или службы здоровья (25 % образовательных организаций, участвовавших в опытно-поисковой деятельности, организовали данную структуру), эффективность их взаимодействия.

На начальном этапе нами был зафиксирован недостаточный уровень взаимодействия и интегрированности в достижении поставленных целей руководителей подразделений службы или владельцев основных процессов. На основании чего внутри учреждений была организована и проведена поэтапная работа (по представленной ранее модели согласования целей между субъектами управленческой команды службы здоровья), направленная на повышение уровня взаимодействия и продуктивности команды руководителей или владельцев процессов. Ее результатами стали сплоченность, интегрированность, высокая активность, повышение уровня самоуправления, динамизм в осуществлении согласованных решений команды руководителей или владельцев процессов.

Экспертная оценка результативности проводилась тремя группами экспертов. В первую группу вошли педагогические сотрудники образовательной организации (внутренний аудит); во вторую – специалисты от управления образования, учебно-методических центров развития образования (УМЦРО) муниципального округа (внешний аудит); третью группу составили непосредственно руководители подразделений или владельцы основных процессов здоровьесберегающей деятельности (самоанализ).

Результаты позволили установить существенный рост положительного оценивания уровня взаимодействия и продуктивности команды руководителей/владельцев всеми группами экспертов. Так, средние показатели значений (по 5-балльной шкале) на начальном этапе и этапе станов-

ления, основного развертывания деятельности по здоровьесбережению в 1-й группе экспертов составили 3,07 ($\pm 0,31$) балла при ошибке показателя 0,29 балла и 4,68 ($\pm 0,47$) балла при ошибке показателя 0,23 балла; средние оценки во 2-й группе экспертов соответственно составили 4,06 ($\pm 0,35$) балла при ошибке показателя 0,22 балла и 4,38 ($\pm 0,23$) балла при ошибке показателя 0,24 балла; в 3-й группе – 2,87 ($\pm 0,14$) балла при ошибке показателя 0,33 балла и 4,78 ($\pm 0,32$) балла при ошибке показателя 0,25 балла соответственно. Во всех случаях показатели более чем в 3 раза превышают ошибку, соответственно, являются достоверными [30]. В сумме средняя оценка выросла на 1,28 балла.

Экспертная оценка подтвердила тот факт, что четкое распределение функций, их интегрированность в общую систему управленческого взаимодействия, а также специальная деятельность по согласованию целей и действий способствуют объединению членов управленческой команды. Результатом чего являются согласование стратегии развития здоровьесбережения; уточнение тактических, текущих действий; возможность конструктивного совместного обсуждения насущных проблем; действенное распределение текущих операций в рамках общей работы.

Согласованная работа членов управленческой команды способствует в целом качественному преобразованию здоровьесберегающей деятельности, обеспечению ее эффективности.

Таким образом, деятельность образовательных организаций по соблюдению обозначенных условий позволяет в целом обеспечить результативность и качество здоровьесбережения. Что подтверждается практической апробацией заявленных положений в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов, работающих в рамках сетевого взаимодействия инновационно-активных образовательных учреждений (организаций) Федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ (далее – учреждения (организации) Федеральной экспериментальной площадки (ФЭП)). В частности, на примере динамики изменения средних показателей организации и соблюдения внешних и внутренних условий здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций можно проследить ее развитие и качественное совершенствование. Нами выделено три временных этапа: I этап – начальный, II этап – этап становления и III этап – этап совершенствования здоровьесбере-

гающей деятельности. Временные рамки прохождения этапов для различных учреждений различны, в среднем на завершение I этапа и переход на II этап уходит один учебный год, переход со II этапа на III этап обычно осуществляется за два учебных года.

На начальном этапе (I этап) образовательная организация принимает решение о необходимости акцентирования внимания на здоровьесберегающей деятельности. Предварительный анализ состояния работы по охране и укреплению здоровья обучающихся, как правило, показывает, что здоровьесбережение заключается, прежде всего, в соблюдении санитарно-гигиенических требований и норм (причем по ряду вопросов часто формальном, например, расписание занятий, не отвечающее гигиеническим требованиям рациональности и др.), проведении физкультурно-массовых мероприятий (зачастую не имеющих качественной характеристики – «для галочки») и др. Оценивая по 10-балльной шкале степень соблюдения внешних и внутренних условий здоровьесберегающей деятельности образовательной организации на данном этапе, в большинстве случаев мы получали следующие результаты:

- нормативно-правовые условия – 4,06 ($\pm 0,27$) балла при ошибке показателя 0,14 балла (в учреждении имеются нормативные документы федерального уровня; документы локального уровня зачастую отсутствуют или носят формальный характер за исключением внутренних документов по реализации требований СанПиН и т. п.);

- средовые условия – 4,41 ($\pm 0,44$) балла при ошибке показателя 0,17 балла (требования СанПиН в целом соблюдаются, имеющиеся нарушения в большинстве случаев касаются рациональности расписания, в том числе учебной загруженности (зачастую время на подготовку домашнего задания превышает допустимую норму и т. п.); низкая компетентность педагогов в вопросах здоровьесбережения (отсутствие специальной подготовки) и др.);

- личностные условия – 1,92 ($\pm 0,32$) балла при ошибке показателя 0,15 балла (несформированность ценностной ориентации обучающихся относительно здоровья и здравотворчества (констатируется, как правило, только достаточный уровень знаний (а не умений и владений) в области здоровьесбережения и здравотворчества); в большинстве случаев отсутствует внутренняя мотивация поведения на здоровый образ жизни; механизмы самоконтроля и саморегуляции не развиты и др.);

- организационно-педагогические условия – 1,92 ($\pm 0,43$) балла при ошибке показателя 0,16 балла (специализация и распределение работы касаются преимущественно учителей физической культуры и медицинских работников; ответственность за здоровьесбережение, наряду с завучем, возлагается, как правило, только на учителя физической культуры; работа носит стихийный характер; результативность оценивается узко и недостоверно и др.).

Анализ позволяет образовательной организации пересмотреть целевую и содержательно-процессуальную стороны здоровьесбережения в соответствии с имеющимися ресурсами и возможностями.

На этапе становления, или основного развертывания, здоровьесбережения (II этап) оценка уже была следующей:

- нормативно-правовые условия – 4,64 ($\pm 0,86$) балла при ошибке показателя 0,24 балла (качественно-количественный характер внутренних документов не подвергается серьезным изменениям и др.);

- средовые условия – 6,59 ($\pm 0,55$) балла при ошибке показателя 0,19 балла (наряду с соблюдением требований СанПиН ведется работа по созданию здоровьесберегающей образовательной среды; уделяется внимание развитию профессиональной компетентности педагогических работников в вопросах здоровьесбережения (часто посредством самообразования) и др.);

- личностные условия – 4,35 ($\pm 0,37$) балла при ошибке показателя 0,16 балла (уделяется большее внимание формированию у обучающихся опыта и технологий здоровьесбережения на предметах биологического направления и занятиях физической культурой и др.);

- организационно-педагогические условия – 4,17 ($\pm 0,82$) балла при ошибке показателя 0,24 балла (работа приобретает систематический характер; формируется рабочая группа ответственных за данное направление деятельности; запускается мониторинг индивидуального состояния здоровья обучающихся и др.).

Этап совершенствования (III этап) характеризуется следующими оценками:

- нормативно-правовые условия – 7,46 ($\pm 2,47$) балла при ошибке показателя 0,42 балла (вносятся изменения в должностные инструкции работников учреждения в отношении требований и обязанностей по реализации функций здоровьесбережения, происходит их нормативное закрепление; в тех образовательных организациях, где созда-

ются службы здоровья или они ранее существовали, разрабатываются (пересматриваются) нормативные положения о деятельности их подразделений, исходя из реальных возможностей и кадровой и ресурсной оснащенности учреждения, и др.);

- средовые условия – 8,01 ($\pm 0,68$) балла при ошибке показателя 0,22 балла (поддержание в учреждении здоровьесберегающей среды; систематическое повышение квалификации сотрудников в том числе в вопросах формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности; более активное подключение медицинских работников к здоровьесберегающей деятельности и др.);

- личностные условия – 8,67 ($\pm 1,54$) балла при ошибке показателя 0,33 балла (формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, готовности к здоровьесберегающей деятельности, самоконтролю и саморегуляции в рамках учебной и внеучебной деятельности и др.);

- организационно-педагогические условия – 8,70 ($\pm 1,53$) балла при ошибке показателя 0,32 балла (четкое планирование, организация и оценивание результативности здоровьесберегающей деятельности с подключением статистических методов контроля качества; распределение полномочий в реализации основных направлений здоровьесбережения, в том числе посредством создания службы здоровья; ведение мониторинга состояния здоровья обучающихся, здоровьесберегающей образовательной среды и результативности здоровьесберегающей деятельности; на основании данных мониторинга – своевременное проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий и др.).

Во всех представленных случаях показатели более чем в 3 раза превышают ошибку, что подтверждает их достоверность.

При сравнении показателей I этапа с показателями II и II с III уровнем значимости по W-критерию Вилкоксона во всех случаях составлял $p < 0,01$.

Представленные данные позволяют детально проследить динамику совершенствования здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций в содержательном, организационном и технологическом аспектах. Индикатором качества чего наряду с состоянием здоровья служит уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.

Результаты корреляционного анализа позволяют говорить об огромном влиянии организационно-педагогических условий на формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, их готовности к здоровьесориентированной деятельности (главному индикатору качества здоровьесбережения): коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,935$ ($p < 0,001$); высокое влияние оказывает достаточность обеспечения средовых условий: $r = 0,748$ ($p < 0,001$); заметное влияние – нормативно-правовых условий: $r = 0,625$ ($p < 0,001$).

Таким образом, показана прямая зависимость результата здоровьесбережения – готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности – от наличия в образовательной организации системы управления качеством соответствующей деятельности.

4. Личностные условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Личностные условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций обусловлены мотивацией обучающихся к личностному развитию с целью сохранения и укрепления здоровья, к формированию здоровьесберегающей личностной позиции.

Динамическая природа здоровьесберегающего потенциала личности отражается в способностях к его наращиванию и расходованию. Неэкономное расходование может привести к невозможной утрате способности к его наращиванию. Раскрытие внутренних механизмов наращивания здоровьесберегающего потенциала личности, понимание детерминант этого процесса позволяют выйти на новый уровень управления ресурсами здоровья.

Характеризуют здоровьесберегающий потенциал следующие динамические свойства [71]: наращивание – увеличение объема потенциала; удержание – сохранение границ объема потенциала; деформация – прохождение нулевой точки к отрицательному полюсу дихотомии.

Механизм формирования здоровьесберегающего потенциала рассматривается нами как движущая сила, направленная на преобразование его объема. Формирование здоровьесберегающего потенциала каждого отдельного человека происходит по индивидуальным траекториям движения, векторам (метапознавательные способности, здоровьесберегающая установка и здоровьесберегающая компетентность) и имеет различный темп (наращивания или деформации). Каждый вектор дихотомичен, характеризуется своей направленностью и динамикой.

Процессы наращивания и деформации осуществляются в соответствии с основными принципами современной научной психологии: системности, самодетерминации и опосредованного воздействия. На основании принципа системности векторная модель здоровьесберегающего потенциала может быть рассмотрена как система взаимообусловленных и взаимовлияющих векторов, составляющих единое целое. Предполагается, что изменение любого из элементов системы приводит ее в движение. С позиции принципа самодетерминации отдельные факторы могут оказывать колебательное воздействие на систему, но при относительной самодостаточности личность становится способной к самостимулированию как положительных, так и отрицательных стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья. Согласно принципу опосредованного воздействия взаимодействие двух личностей, обладающих соответственно разными здоровьесберегающими потенциалами, предполагает определенное взаимовлияние пространств векторов здоровьесберегающего потенциала, которое будет способствовать либо осознанию, удержанию и наращиванию потенциала, либо его расходованию и деформации.

Временная и пространственная характеристики здоровьесберегающего потенциала могут соотноситься с периодами возрастного развития. Траектория развития имеет параболическую форму: на начальном этапе онтогенетического развития происходит наращивание здоровьесберегающего потенциала; на пике онтогенеза возникает необходимость в сформированных умениях удерживать (сохранять) и рационально использовать данный вид потенциала; на этапе старения предполагается интенсивное расходование потенциала для сохранения качества жизни человека [71, 72]. Таким образом, чем более благоприятные условия для наращивания здоровьесберегающего потенциала были созданы в детском (подростковом, юношеском) возрасте, тем легче его будет удерживать, сохранить и рационально использовать.

Предлагаемая векторная модель здоровьесберегающего потенциала позволяет определить ориентиры для разработки и апробации специальных формирующих воздействий на здоровье личности в различные периоды ее развития.

В соответствии с учением А. А. Ухтомского о доминанте и теорией установки Д. Н. Узнадзе формирование у человека доминанты на сохранение и укрепление здоровья возможно через здоровьесберегаю-

щую установку как направленность на определенную активность [130, 134]. В этом случае можно выделить следующие типы отношения человека к своему здоровью [71, 72]:

- *пассивное отношение* (характеризуется пассивной позицией в осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья; зависимостью от других людей; отсутствием собственных средств, приемов и технологий оздоровления);

- *активное отношение (внешне активное)* (характеризуется активной позицией человека в осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья; опорой на себя; репродуктивным использованием внешних (из внешней среды) средств, приемов и технологий оздоровления);

- *творческое отношение (внутренне активное)* (характеризуется активной позицией человека в осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья; опорой на себя; использованием внешних и внутренних (психологических) средств, приемов и технологий оздоровления).

В соответствии с данными типами выделены типы личности по отношению к здоровью:

- 1) *творческо-активный тип*. Характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью, его сохранению и укреплению;

- 2) *ответственно-активный тип*. Характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по его обеспечению и поддержанию;

- 3) *ответственно-пассивный тип*. Характеризуется высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание;

- 4) *пассивный тип*. Характеризуется тем, что полностью возлагает ответственность за здоровье на внешние обстоятельства, проявляя пассивность в его обеспечении и поддержании.

Становление здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся предполагает прохождение представленной иерархии типов (от пассивного типа к творческо-активному).

Целью организации здоровьесберегающего образовательного процесса является обеспечение максимального развития возможностей обучающихся в плане сохранения и укрепления здоровья, что предполагает формирование внутренней мотивации (детерминации) поведения, механизмов самоконтроля, саморегуляции и самосозидания.

В соответствии с возрастными особенностями результат активности обучающегося следует соотносить с его отношением к своему здоровью. Так, в младшем школьном возрасте (6–11 лет) это здоровьесформирование, в подростковом возрасте (11–14 лет) – здоровьесозидание, в старшем школьном возрасте (14–18 лет) – здоровьесохранение (здоровьесбережение), в юношеский период (18–25 лет) – здоровьетворение. В каждой из указанных стратегий индивидуума в отношении своего здоровья преобладают те или иные компоненты: в младшем школьном возрасте – волевое отношение к здоровью, отраженное в поступках; в подростковом – мотивационно-ценностное; в старшем школьном возрасте – потребностно-мотивационное; в юношеский период – эмоционально-ценностное [72, с. 374]. На каждом из этапов должны присутствовать, в определенном соотношении, элементы здоровьесориентированной деятельности: чем старше ребенок, тем больше их должно быть.

Таким образом, стратегии индивида в отношении своего здоровья необходимо выстраивать в различные периоды онтогенеза по-разному.

4.2. Технологические особенности совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Цели здоровьесберегающей деятельности образовательной организации с позиции качества образования можно сформулировать следующим образом: достижение наивысших результатов в удовлетворении запросов потребителей здоровьесберегающей деятельности при минимальном использовании ресурсов и постоянном улучшении результатов.

Для совершенствования качества необходимы три основных компонента [63, с. 304]:

1) *результаты* – индикаторы, демонстрирующие способность организации удовлетворять запросы потребителя;

2) *процессы* – инструменты для достижения результатов; процессы должны тщательно контролироваться и оцениваться, давая возможность руководству (при наличии службы здоровья – руководителю службы здоровья и руководителям ее подразделений) предвидеть результаты и предотвращать проблемы;

3) *система управления качеством здоровьесберегающей деятельности* – основа, на которой строятся процессы, а значит, и результаты.

Рассмотрим технологические особенности совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности в рамках представленных компонентов.

1. Компонент совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности – результаты.

В современном учении о качестве основополагающим является принцип наиболее полного выполнения требований и пожеланий потребителей, и этот принцип должен являться базовым для деятельности образовательных организаций, в том числе по вектору здоровьесбережения.

Сегодня существуют ряд теорий, описывающих виды и взаимоотношения потребностей, на основании которых можно действовать и добиваться хороших результатов: теория иерархии потребностей (А. Маслоу), теория справедливости (С. Адамс), мотивационная модель (Л. Портер, Э. Лоулер), теория приобретенных потребностей (Д. Макклелланд), теория двух факторов (Ф. Герцберг) и др. [65, 159 и др.]. Рассмотрим теории А. Маслоу и Ф. Герцберга применительно к проблеме удовлетворения требований потребителей – субъектов здоровьесберегающей деятельности.

Теория А. Маслоу основана на следующих трех принципах [76]:

1) принцип иерархии потребностей. Существует пять уровней потребностей: 1-й уровень – основные (физиологические) потребности: обеспечение пищей, одеждой, жильем; 2-й уровень – потребности в защищенности: стремление к безопасности и защите от риска; 3-й уровень – социальные потребности: стремление к общению и контактам; 4-й уровень – потребности признания (потребности Я): стремление к престижу и уважению; 5-й уровень – потребности развития: стремление к самовыражению.

Каждый из уровней связан с возможностью удовлетворения потребностей предыдущего уровня, в частности, потребности в защищенности от болезни, от инвалидности могут нарушить возможность удовлетворения потребностей предыдущего уровня – физиологических потребностей;

2) принцип дефицита. Потребность характеризуется как ощущение дефицита, сопровождаемое стремлением этот дефицит ликвидировать;

3) принцип прогрессии. Все виды потребностей удовлетворяются последовательно, от нижнего иерархического уровня к более высоким, при этом установлено, что переход к потребности более высокого уровня происходит, если текущая потребность удовлетворена примерно на 70 %.

Согласно теории А. Маслоу, возможно осознанно строить управление человеком на основе анализа степени удовлетворенности его потребностей. Это может стать важным инструментом в управлении качеством здоровьесбережения. Однако следует учитывать, что иерархия потребностей конкретного человека во многом определяется уровнем развития его психики, она меняется от человека к человеку и различна у одного человека в различные периоды его жизни. Соответственно, в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности важно систематически определять степень удовлетворенности потребностей каждой группы потребителей (обучающиеся, родители/законные представители, педагогические работники) в различные временные периоды. Полученные данные следует использовать не только как ориентиры в направлении улучшения основных процессов здоровьесбережения, но и с целью повышения уровня мотивации субъектов образовательного процесса к данной деятельности.

Двухфакторная теория Ф. Герцберга более применима к мотивации сотрудников образовательной организации к деятельности по здоровьесбережению. Ф. Герцберг выявил факторы, которые, с одной стороны, способствуют удовлетворенности человека работой и, с другой стороны, могут вызвать у него чувство неудовлетворенности [159]. Ученый предложил рассматривать отношения «удовлетворенности» и «неудовлетворенности» отдельно и установил, что факторы, способные вызвать наибольшую неудовлетворенность («факторы неудовлетворенности»), в основном связаны с внешними по отношению к работнику моментами, на которые он реально не может повлиять – гигиеническими факторами или факторами здоровья (нормальные условия труда, политика организации и администрации, межличностные отношения с руководителями, коллегами и подчиненными, степень непосредственного контроля за работой, статус). Отсутствие или недостаточная степень присутствия гигиенических факторов вызывает неудовлетворение работой, которую человек выполняет. Если эти факторы достаточны, то сами по себе они не вызывают удовлетворения работой и не могут выступать стимулами к каким-либо действиям. Однако их наличие в достаточной степени вызывает удовлетворение и мотивирует работников на повышение эффективности выполняемой ими деятельности.

Вторая группа факторов – мотиваторы («мотивационные факторы»), их благоприятное изменение повышает степень удовлетворенности работника, а неблагоприятное – снижает ее, но практически не вы-

зывает неудовлетворенности. Это такие факторы, как самореализация, профессиональный рост, продвижение по служебной лестнице, признание и одобрение результатов работы, высокая степень ответственности за выполняемое дело, возможности творческого и делового роста. Они определяются содержанием работы, т. е. являются внутренними по отношению к работнику и на них он может повлиять. Данная группа факторов предполагает, что каждый отдельный человек может мотивированно работать, когда видит цель и считает возможным ее достижение.

Теория Ф. Герцберга схожа с теорией А. Маслоу. Гигиенические факторы соответствуют физиологическим потребностям и потребностям в защищенности, факторы мотивации – потребностям в признании и развитии. Однако между теориями имеются различия. А. Маслоу рассматривал факторы, соответствующие гигиеническим у Ф. Герцберга, как определяющие линию поведения. В частности, если руководитель дает работнику возможность удовлетворить потребность, в ответ работник начинает работать лучше, полагал А. Маслоу. По Ф. Герцбергу работник начнет обращать внимание на гигиенические факторы только тогда, когда сочтет их реализацию неадекватной или несправедливой. Эффективное использование теории Ф. Герцберга предусматривает самостоятельность работников в определении и выборе гигиенических факторов и факторов мотивации.

На примере одной из образовательных организаций ФЭП (г. Полевской Свердловской области) с общим числом обучающихся 716 человек и числом педагогических работников 65 человек посмотрим, как данный подход реализуется в практике управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Результаты исследования показали, что у сотрудников с меньшим стажем работы (как правило, это люди молодого возраста) факторы неудовлетворенности (гигиенические) преобладают над мотивационными факторами (рис. 4.1). Можно предположить, что будет достаточно сложно подвигнуть их на инновационную деятельность, требующую больших затрат. В этом случае целесообразно последовательно изменять каждую группу факторов, входящих в состав гигиенических, и следить за их воздействием на сотрудников данной категории. В противном случае остается ждать, когда сотрудник пройдет 25-летний рубеж, что влечет за собой, как правило, рост социальной ответственности.

Результаты исследования также показали, что у педагогических работников, не имеющих категории, преобладают факторы неудовле-

творенности, а у сотрудников с высшей и второй квалификационной категорией их значительно меньше, чем мотиваторов (рис. 4.2).

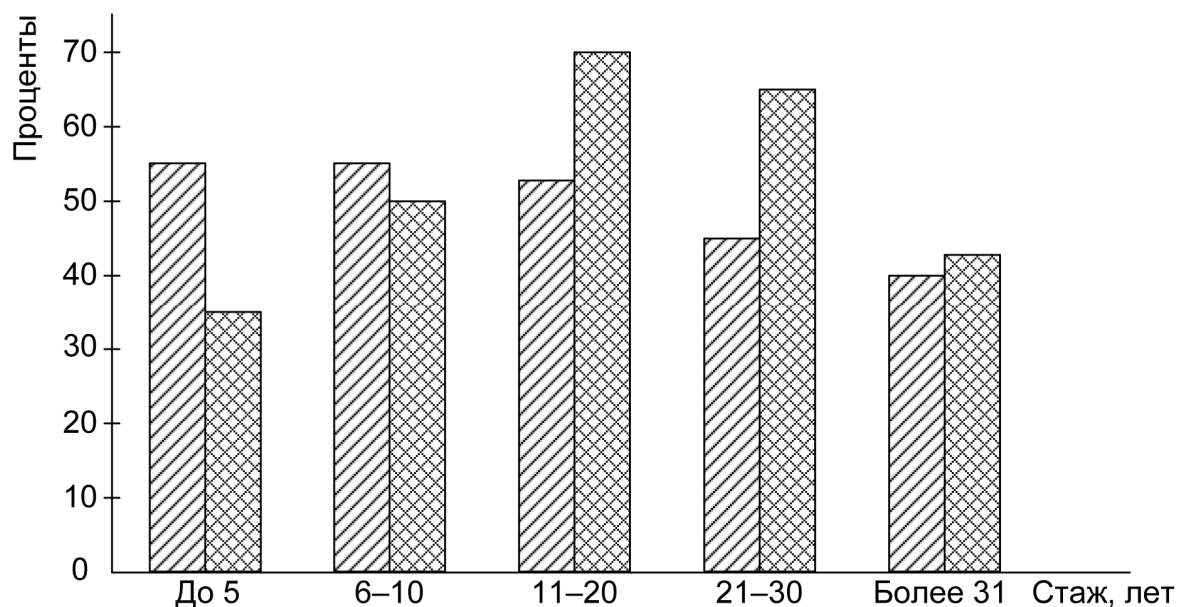


Рис. 4.1. Зависимость факторов удовлетворенности (мотиваторов) и неудовлетворенности (гигиенических) у педагогических работников общеобразовательной организации от стажа:
 ▨ – факторы неудовлетворенности; ▩ – мотиваторы

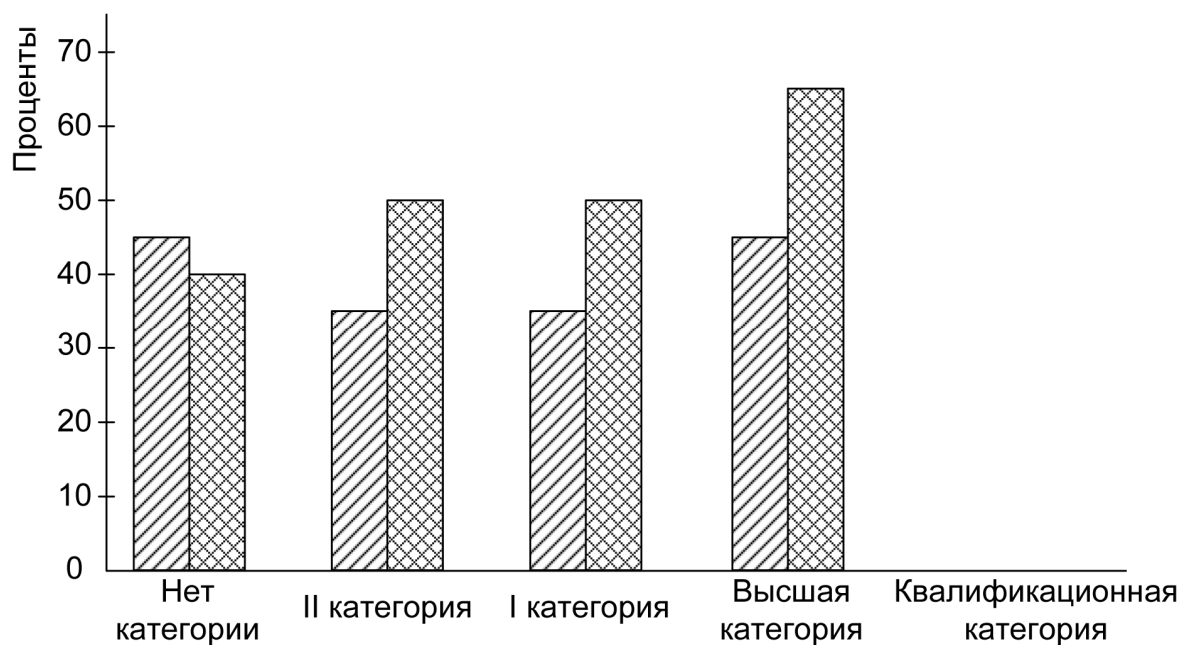


Рис. 4.2. Зависимость факторов удовлетворенности (мотиваторов) и неудовлетворенности (гигиенических) у педагогических работников общеобразовательной организации от уровня образования (наличия квалификационных категорий):
 ▨ – факторы неудовлетворенности; ▩ – мотиваторы

В этой ситуации необходимо обратить внимание на сотрудников, не имеющих квалификационной категории, стараясь мотивировать их путем направления на курсы повышения квалификации, стимулирования к ведению научно-исследовательской и научно-методической деятельности. При этом важно сделать акцент на изменении статуса сотрудников и межличностных отношениях с руководством.

Полученные данные анализируются и в процессе проведения работы психолого-педагогическим и валеолого-педагогическим подразделениями службы здоровья разрабатываются предупреждающие и корректирующие действия по устранению негативных моментов и повышению уровня удовлетворенности выполняемой работой. Данная ситуация позволяет отметить, что в целом в педагогическом коллективе преобладают факторы удовлетворенности (мотиваторы). Однако доля факторов неудовлетворенности достаточно значительна и этот факт нельзя оставлять без внимания. Важно поддерживать должные условия труда, обеспечивающие в том числе благоприятный социально-психологический климат в коллективе. Отметим, что в образовательных организациях с достаточно высоким уровнем материального стимулирования руководству также необходимо быть более внимательным к своим сотрудникам, прислушиваться к их нуждам, чтобы обеспечить влияние других мотивационных факторов на повышение эффективности деятельности, что позволит установить в коллективе совершенный социально-нравственный климат, который будет способствовать наибольшему удовлетворению от выполняемой работы и, как следствие, влиять на ее качество.

2. Компонент совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности – процессы.

Стратегия предупреждения потерь позволяет избежать оказания некачественной услуги. Она предполагает сбор информации об основных процессах организации, их анализ и эффективные действия по отношению к ним [10, 32, 63]. Использование данной стратегии в нашем случае означает тщательный контроль основных направлений (процессов) здоровьесберегающей деятельности, что дает возможность ее организаторам и исполнителям предвидеть результаты и предотвращать проблемы. Однако содержательное и процессуальное разнообразие здоровьесберегающей деятельности, зависимость от многочисленных внешних (социальных и ресурсных) и внутренних (личностных) факторов

затрудняют выявление, сбор и последующий анализ объективных фактов для ее оценки. Зачастую оценка ограничивается перечнем проведенных мероприятий (чаще всего это число спортивно-массовых мероприятий, количество вакцинированных и прошедших флюорографическое обследование обучающихся) без их качественной характеристики, указания результативности, влияния (как опосредованного, так и непосредственного) на динамику состояния здоровья обучающихся.

Понятно, что при отсутствии объективных фактов оценки здоровьесбережения возникают трудности в принятии обоснованных управленческих решений. Как следствие, данная деятельность в большинстве случаев характеризуется низкой эффективностью. Это подтверждают статистические данные о высокой заболеваемости детей, подростков и учащейся молодежи, о низком уровне у них мотивации к сохранению здоровья и недостаточности опыта в его сохранении и укреплении.

Эффективное управление здоровьесбережением возможно только с опорой на объективные факты состояния здоровьесберегающей деятельности. Как следствие, возникает необходимость разработки механизмов выявления данных фактов и их достоверной оценки. Что возможно, на наш взгляд, за счет использования методов контроля менеджмента качества (в том числе статистических) в соответствии с требованием стандартов серии ISO 9000.

К элементарным методам, составляющим основу методов менеджмента качества, исследователи относят следующие: 1) контрольный листок; 2) причинно-следственная диаграмма (диаграмма Исикавы); 3) гистограмма; 4) диаграмма рассеивания; 5) метод расслаивания; 6) анализ Парето; 7) контрольные карты (карты Шухарта) [20, 32, 63].

Рассмотрим последовательно возможности и технологии применения каждого из них в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

1. Контрольный листок (лист) – метод сбора данных и автоматического их упорядочения для облегчения дальнейшего использования собранной информации [10, 63]. Собственно контрольный лист представляет собой бумажный бланк, на котором заранее напечатаны контролируемые параметры. Заполняется данный бланк путем занесения в соответствующие ячейки простых символов.

На основании собранных с помощью контрольного листка данных возможно составление сведений о суммарных несоответствиях как в целом по здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, так и по каждому ее направлению (процессы, подпроцессы, отдельные операции), например, общее число случаев за определенный временной период, а также доля случаев в общем числе несоответствий. Значительное число несоответствий следует рассматривать как преимущественный вектор в реализации корректирующих и предупреждающих мер в рамках конкретного процесса здоровьесбережения.

Данные контрольного листка обеспечивают возможность проведения дальнейшего анализа полученных сведений с применением любого другого метода менеджмента качества, рассматриваемого ниже.

2. Причинно-следственная диаграмма (диаграмма Исикавы) – метод, позволяющий раскрыть важнейшие факторы (причины), оказывающие влияние на конечный результат (следствие) [10, 63].

Причинных факторов может быть бесчисленное множество: для любого процесса здоровьесбережения их можно выделить порядка двадцати. Контролировать все эти причинные факторы не только затруднительно, но и нецелесообразно. Если следовать принципу В. Парето, нужно стандартизировать два–три наиболее важных фактора и управлять ими. Но для этого сначала необходимо такие причинные факторы выделить. С этой целью допустимо методом мозгового штурма подобрать и соответствующим образом распределить максимальное число факторов, имеющих отношение к исследуемой проблеме здоровьесбережения. Желательно, чтобы анализируемая проблема имела количественное измерение: доля или количество несоответствий и др.

При анализе проблем в образовательных процессах обычно рассматриваются следующие группы факторов: 1) технологии или методы; 2) оборудование; 3) методы измерения; 4) сотрудники; 5) обучающиеся; 6) организация процесса; 7) внешние условия. Данные группы факторов вполне могут быть рассмотрены при анализе проблем здоровьесберегающей деятельности, поскольку результативность здоровьесбережения в значительной степени зависит от организационно-педагогических, учебно-методических, кадровых и иных условий образовательного процесса. Показанный на рис. 4.3 фрагмент причинно-следственной диаграммы факторов, оказывающих влияние на сохранение здоровья обучающихся, подтверждает это.

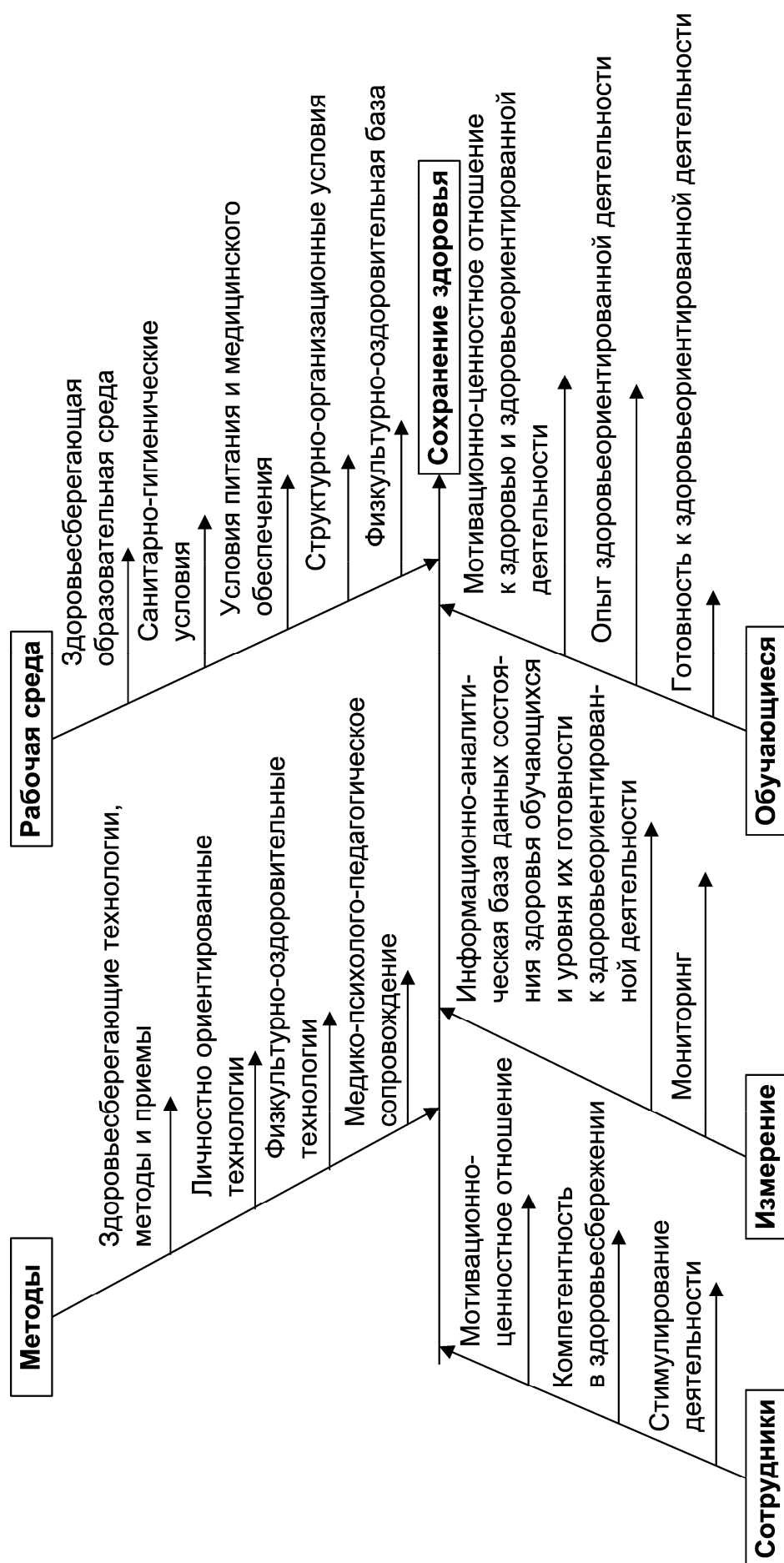


Рис. 4.3. Фрагмент причинно-следственной диаграммы факторов, влияющих на сохранение здоровья обучающихся

Диаграмма Исикавы позволяет наглядно представить все множество факторов, систематизированных в определенном порядке, что существенно облегчает поиск правильного решения проблемы. При управлении качеством здоровьесбережения нельзя ограничиваться постановкой задачи и требованиями ее безусловного выполнения. Диаграмма Исикавы позволяет понять смысл и увидеть «рычаги» управления процессом, овладеть им и предусмотреть более перспективные задачи для достижения необходимых результатов.

3. Гистограмма – метод, отражающий зависимость частоты попадания параметров процесса в определенный интервал значений [10, 30, 63].

Применение данного метода к изучению процессов здоровьесбережения имеет особенно важное значение. Здоровьесбережение представляет собой сложную многоуровневую динамическую систему специфических направлений работ. (Они уже были ранее нами систематизированы: медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение; формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся педагогическими средствами; физкультурно-оздоровительное сопровождение; психолого-педагогическое сопровождение; мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся.) Только интеграция данных направлений может обеспечить получение нужного результата – готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности. Как отдельно, так и в обобщенном виде их оценка и анализ могут быть объективны только при подтверждении статистическими данными. В этом случае гистограмма как вариант столбчатой диаграммы позволяет проследить действие закона распределения статистических данных.

Например, определение уровня готовности к здоровьесбережению предусматривает учет соответствующих показателей у обучающихся общеобразовательной организации ФЭП (Нижний Тагил), прошедших проверку по ряду следующих неидентичных методик: диагностики уровня готовности вести здоровый образ жизни (по С. Г. Добровотской), сформированности знаний в вопросах здоровья и здорового образа жизни (по В. П. Беспалько), развития здоровьесориентированных умений (по А. В. Усовой), сформированности здоровьесберегающей личностной позиции (по А. Г. Маджуге), сформированности ценностных отношений валеологического характера (по А. П. Сидельковскому), сформированно-

сти норм валеологического поведения (по О. Н. Пономаревой) [38, 72, 111, 125 и др.]. Показатели, полученные в результате использования данных методик, затем были переведены нами в 10-балльную систему, что позволило составить гистограмму, представленную на рис. 4.4.

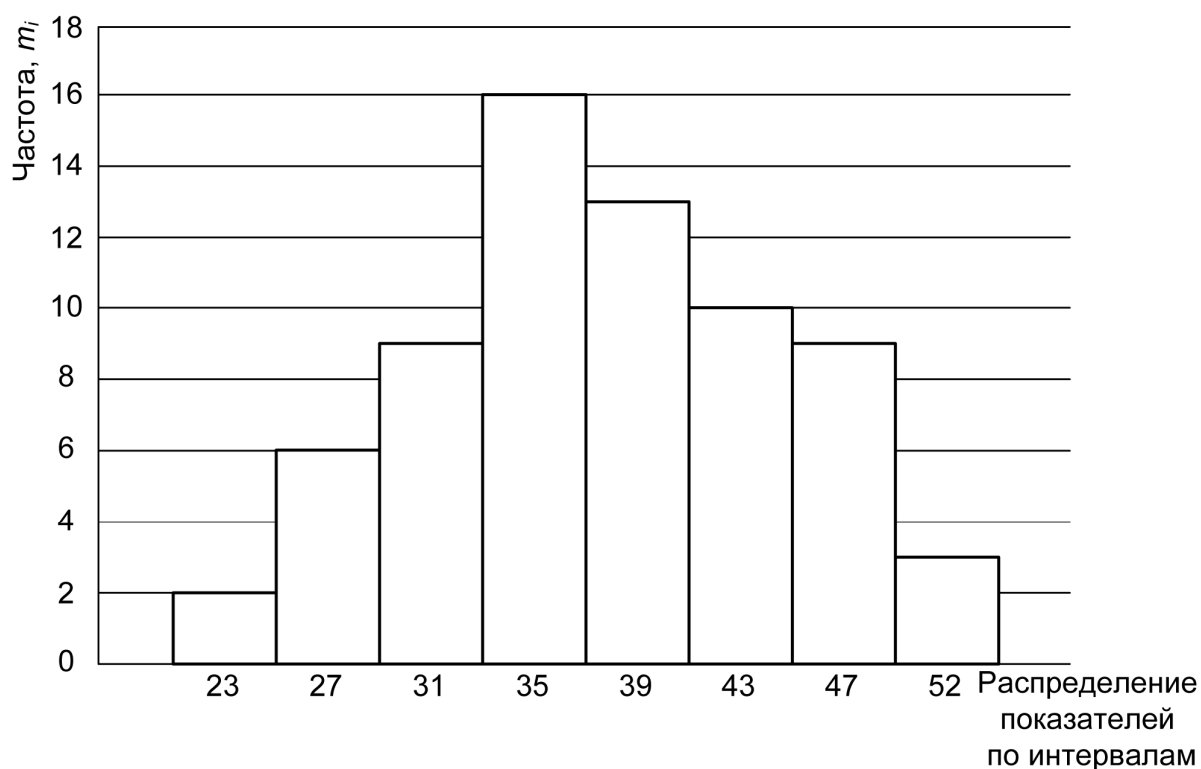


Рис. 4.4. Показатели среднего уровня готовности обучающихся 10-го класса общеобразовательной организации к здоровьесберегающей деятельности

На основании гистограммы проводится анализ процесса. Существуют следующие типичные формы распределения, которыми следует воспользоваться как образцами при анализе [10, с. 27–29]:

- *обычный тип (симметричный)*: симметричное распределение интервалов; встречается чаще всего и указывает на стабильность процесса;
- *гребенка (мультимодальный тип)*: интервалы через один имеют более низкие частоты; встречается, когда число единичных наблюдений, попадающих в интервал, колеблется от интервала к интервалу или когда действует определенное правило округления данных;
- *положительно (отрицательно) скошенное распределение*: среднее значение гистограммы локализуется слева (справа) от центра размаха (частоты довольно резко спадают при движении влево (вправо) и, наобо-

рот, медленно при движении вправо (влево)); такая асимметричная форма встречается, когда невозможно получить значения ниже определенного;

- *распределение с обрывом слева (справа)*: одна из тех форм, которые часто встречаются при 100 %-м контроле продукта (услуги) из-за плохой воспроизводимости процесса, а также если исключены из общего числа все продукты (услуги) с параметрами ниже контрольного норматива (или выше, или и те и другие);

- *плато (равномерное и прямоугольное распределение)*: форма наблюдается в случаях, когда объединяются несколько распределений, в которых средние значения имеют небольшую разницу между собой; анализ такой гистограммы целесообразно проводить, используя метод расслоения;

- *двухпиковый (бимодальный) тип*: форма встречается, когда смешиваются два распределения с далеко отстоящими средними значениями, например, при наличии разницы между двумя работниками и т. д.; в этом случае можно провести расслоение по двум видам фактора, исследовать причины различия и принять соответствующие меры для его устранения;

- *распределение с изолированным пиком*: рядом с распределением обычного типа появляется маленький изолированный пик; форма появляется при наличии малых включений данных из другого распределения, появления ошибки измерения или просто включения данных из другого процесса.

На рис. 4.4 мы наблюдаем гистограмму симметричного типа. Соответственно, уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности может характеризоваться как стабильный.

При анализе полученной гистограммы возможно применить и другие методы: долю несоответствий по уровню готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности можно исследовать с помощью диаграммы Парето; причины данных несоответствий определить с помощью причинно-следственной диаграммы, методом расслоения и диаграммы рассеивания; а изменение показателей уровня готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности во времени – с помощью контрольных карт.

Таким образом, гистограмма, давая представление об изучаемом процессе здоровьесбережения, параллельно служит основанием и средством для применения других статистических методов.

4. *Диаграмма рассеивания* – метод, позволяющий определить вид связи и то, насколько тесно связаны два рассматриваемых параметра процесса [10, 30, 63]. Диаграмма дает возможность выдвинуть гипотезу о наличии или отсутствии корреляционной связи между двумя случайными величинами, которые могут относиться к характеристике качества и влияющему на нее фактору либо к двум различным характеристикам качества, либо к двум факторам, влияющим на одну характеристику качества. Выявление корреляционной зависимости между двумя факторами существенно облегчает контроль процесса с технологической, временной и экономической точек зрения.

Принимая во внимание тот факт, что результативность здоровьесберегающей деятельности существенно зависит от большого числа разнообразных и разносторонних факторов внешней и внутренней среды, учесть степень влияния которых гипотетическим образом не всегда возможно, да и нецелесообразно (поскольку снижается уровень достоверности), применение данного метода вполне обосновано.

Например, когда необходимо определить наличие и характер связи между показателем рациональной организации образовательного процесса (данные физиологической рациональности расписания занятий, выявленные и оцененные по модифицированной ранговой шкале трудности предметов И. Г. Сивкова в баллах [124]) и уровнем психоэмоционального состояния обучающихся (данные, выявленные по модифицированной методике «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) [38, с. 223–224]), правильным становится решение о проведении количественных измерений и объективного определения, есть ли связь между этими факторами или нет и каков ее характер.

Наносим в определенном масштабе точки, получаем график. Координаты точек соответствуют значениям рассматриваемой величины и влияющего на него фактора (рис. 4.5).

Расположение точек на графике показывает наличие и характер связи между случайными величинами. На нашем примере диаграмма рассеивания показывает обратную (отрицательную) корреляционную связь между выбранными факторами здоровьесбережения. В этом случае снижение суммарного количества баллов, характеризующих уровень трудности предметов, а значит, и физиологическую рациональность расписания занятий, позволит повысить общий уровень психоэмоционально-

го состояния обучающихся. Достигается данное снижение путем грамотного распределения предметов в течение учебной недели.

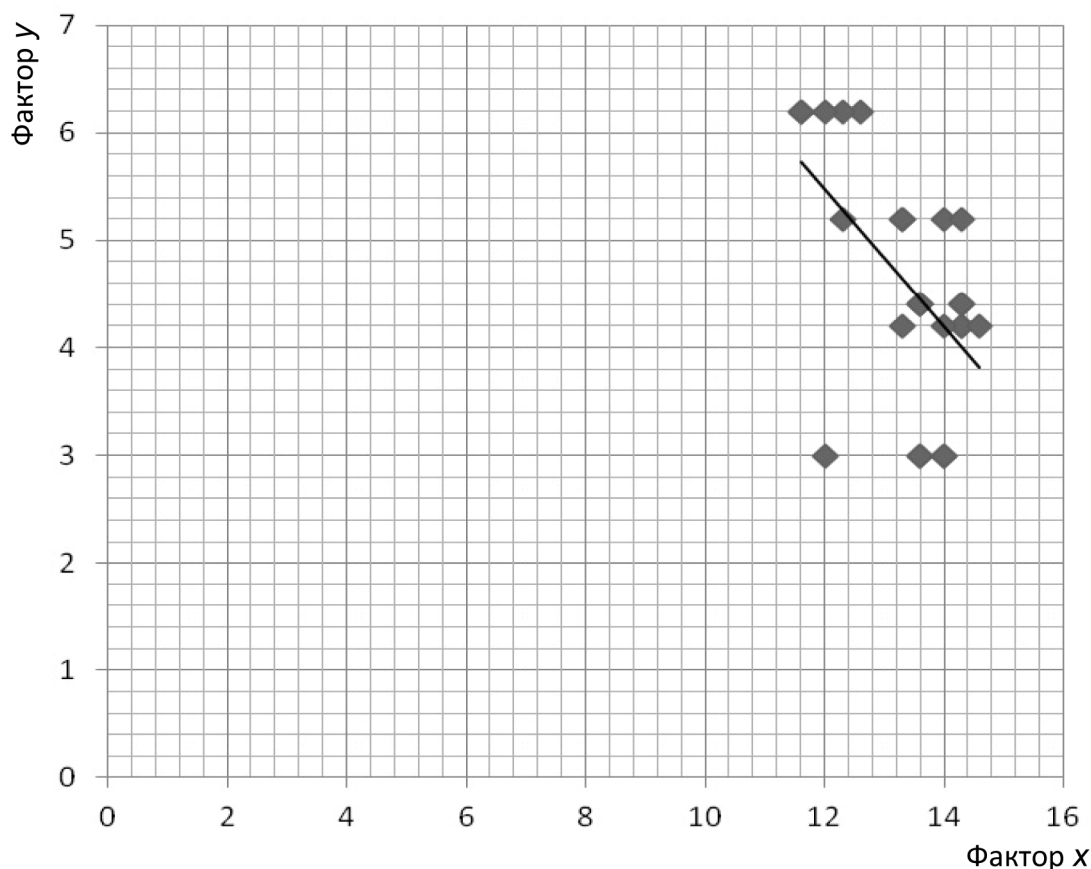


Рис. 4.5. Показатель корреляции факторов здоровьесберегающей деятельности с обозначением линии регрессии:

фактор x – фактор организации образовательного процесса;

фактор y – фактор уровня психоэмоционального состояния обучающихся

5. *Метод расслаивания (стратификации)* – метод, позволяющий произвести селекцию данных, отражающую требуемую информацию о процессе [10, 63].

Существуют различные методы расслаивания – выбор зависит от конкретных задач. Наиболее часто используемыми являются метод 5М (метод, основанный на учете факторов, зависящих от человека (*man*), машины (*machine*), материала (*material*), метода (*method*), измерения (*measurement*)) и метод 5Р (метод, учитывающий факторы, зависящие от работников (*peoples*); процедур (*procedures*); потребителей (*patrons*); места (*place*), где осуществляется процесс; поставщиков (*provisions*)) [10, 63]. При расслаивании по тому или иному фактору определяется влияние этого фактора на качество процесса, что дает возможность провести необходимые мероприятия для исключения недопустимого рассеивания.

В соответствии с методом стратификации целесообразно производить расслаивание (разделение) статистических данных различных процессов здоровьесберегающей деятельности, что позволит оценить степень влияния многообразных факторов на ее результативность.

Например, имея значительную долю (59 %) низких показателей в оценке выносливости (ведущего показателя кондиционного физического качества) у студентов, обучающихся на первом курсе вуза (Екатеринбург), проводим группировку данных в зависимости от условий их получения и производим обработку каждой группы данных в отдельности. Нами выбраны следующие группы условий: 1) стаж работы преподавателя физической культуры; 2) квалификационные характеристики преподавателя (наличие ученой степени или звания / регулярное прохождение курсов повышения квалификации); 3) преимущественный выбор преподавателем места проведения занятий (на улице или в спортивном зале), поскольку воспитание выносливости подразумевает повышенное потребление кислорода и требует длительного сохранения работоспособности.

Разделение показателей на группы в соответствии с их особенностями продемонстрировало, что низкие показатели более выражены по первому условию у преподавателей, чей стаж работы не превышает 5 лет (78 %); по второму условию – у менее квалифицированных сотрудников (66 %); по третьему условию – у преподавателей, преимущественно проводящих занятия в спортивном зале (66 %).

Анализ полученных методом расслаивания данных позволил сделать заключение, что для решения проблемы (повышения уровня выносливости) следует предпринять следующие меры:

- обеспечить регулярное повышение уровня квалификации преподавателей физической культуры, в том числе посредством прохождения соответствующих курсов повышения квалификации;
- стимулировать преподавателей к научно-исследовательской деятельности;
- в соответствии с планом учебных занятий обеспечить преимущественное место проведения занятий на свежем воздухе.

Практика оценивания здоровьесберегающей деятельности показывает, что метод расслаивания целесообразно использовать при применении таких статистических методов, как гистограмма, диаграмма Парето, причинно-следственная диаграмма Исикавы и контрольные карты.

6. *Анализ Парето* – метод, позволяющий распределить усилия для разрешения возникающих проблем и выявить основные причины их возникновения, что позволит начать действовать [10, 63].

В условиях большого числа подпроцессов, образующих практически все ключевые процессы (основные направления деятельности) здоровьесбережения, применение данного метода позволяет ранжировать подпроцессы по значимости и выявлять те, которые вызывают наибольшее количество несоответствий (чтобы устранить их в первую очередь).

Например, для анализа процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности необходимо определить наибольшее число выявленных несоответствий по каждому из его подпроцессов и обозначить среди них те, что приводят к наибольшим несоответствиям в процессе в целом.

Выделяем основные и наиболее значимые подпроцессы (незначимые объединяем как «прочее»):

- *подпроцесс 1*: включение в образовательную программу разделов по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни;
- *подпроцесс 2*: реализация дополнительных образовательных программ;
- *подпроцесс 3*: формирование опыта здоровьесориентированной деятельности;
- *подпроцесс 4*: формирование мотивационно-ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни;
- *подпроцесс 5*: формирование здоровьесберегающей личностной позиции;
- *подпроцесс 6*: медико-санитарное сопровождение образовательного процесса;
- *подпроцесс 7*: прочее.

По выявленным данным строим диаграмму (рис. 4.6). На оси абсцисс обозначены подпроцессы процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности в порядке убывания выявленных среди них несоответствий, а по оси ординат – сами эти несоответствия в количественном выражении.

Далее, согласно правилу Парето, устанавливаем 20-процентный порог и все подпроцессы, попадающие в его зону, рассматриваем как наиболее влиятельные и приведшие к наибольшим несоответствиям

в достижении цели ключевого процесса. В нашем случае это подпроцесс 5. Соответственно, наибольшие усилия в данном направлении здоровьесберегающей деятельности необходимо применить именно в отношении этого подпроцесса (устранение несоответствий и реализация предупреждающих мер).

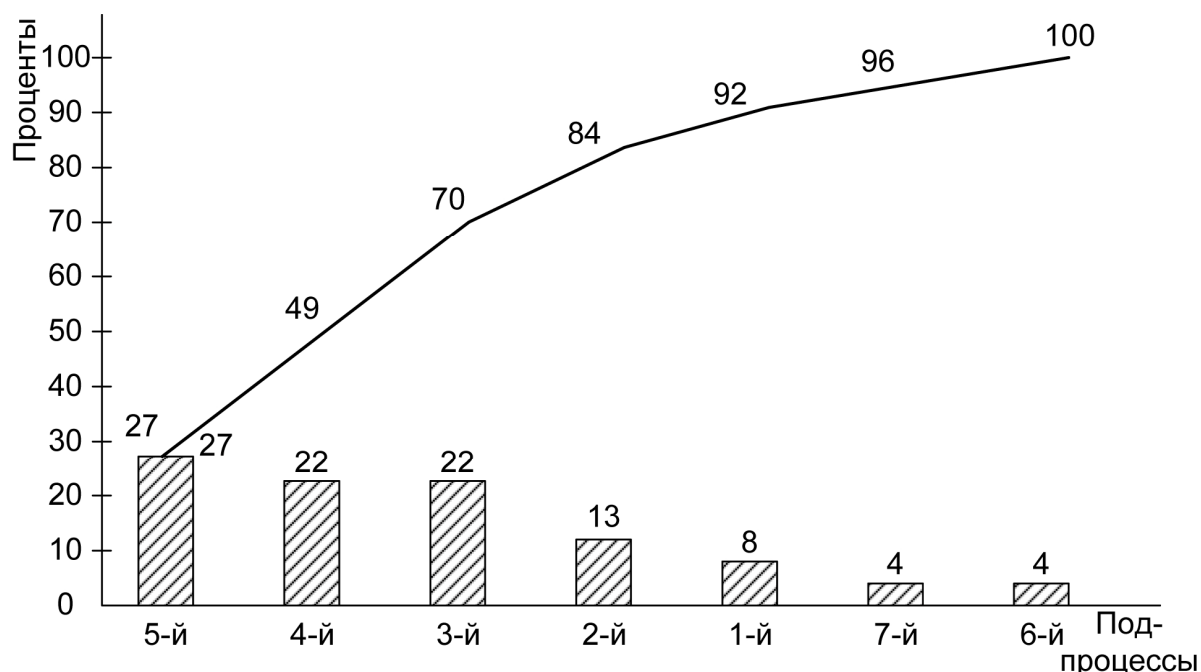


Рис. 4.6. Диаграмма Парето процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности:

▨ – доля несоответствий в общей сумме; — – накопительный процесс

Применение диаграммы Парето целесообразно вместе с причинно-следственной диаграммой Исикавы, так как для решения проблемы, связанной со значительными несоответствиями в процессе формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, необходимо осознать сущность происхождения несоответствий каждого конкретного подпроцесса.

Практика применения данного метода показывает, что после проведения корректирующих мероприятий важно повторно построить диаграмму Парето для измененных вследствие коррекции условий и проверить таким образом эффективность произведенных улучшений.

7. *Контрольные карты (карты Шухарта)* – метод, позволяющий отслеживать ход процесса и воздействовать на него (с помощью соответствующей обратной связи), предупреждая отклонения от предъявляемых к процессу требований [10, 32, 63]. Контрольная карта является

разновидностью графика с контрольными пределами (границами), обозначающими в обычных условиях диапазон рассеивания показателей в течение процесса.

Цель построения контрольной карты – выявление точек выхода процесса из стабильного состояния для последующего установления причин появившегося отклонения и их устранения.

Применение данного метода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности позволяет определить границы системной вариабельности всех ключевых процессов и здоровьесбережения в целом. Значимость, важность данного метода объясняются длительностью процесса здоровьесбережения, его продолжительностью в течение всего периода обучения студентов. В этих условиях важно спрогнозировать поведение процессов в ближайшем будущем на основе прошлых данных о них.

В управлении качеством здоровьесберегающей деятельности немаловажно точное понимание состояния процесса управления (что дает нам чтение контрольных карт) и быстрое осуществление соответствующих действий (как только в процессе обнаружилось что-нибудь необычное, неслучайное). Контролируемое состояние процесса – это такое состояние, когда процесс стабилен, а его среднее (\bar{X}) и разброс (R) не меняются.

Виды и подробные методики составления контрольных карт представлены в стандарте ГОСТ Р 50779.42–99 (ИСО 8258–91). Статистические методы. Контрольные карты Шухарта [32]. Здесь важно верно вычислить границы контрольных карт: верхней контрольной границы (UGL), нижней контрольной границы (LCL) и средней линии (CL).

На рис. 4.7 дана X-карта (карта индивидуальных значений) результатов проведенной по модифицированной методике А. Г. Маджуги оценки уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции [71], где показана общая оценка процесса формирования здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся медицинского колледжа (Новоуральск).

X-карта показывает, что качество процесса формирования здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся находится в управляемом состоянии (за пороги установленных границ не выходит), хотя процент несоответствий слишком велик (большая часть контрольных точек расположены ниже средней линии) и необходимо применять предупреждающие меры.

R-карта (карта размаха) также показывает, что большинство контрольных точек находятся ниже средней линии, однако за рамки ус-

тановленных границ не выходят (рис. 4.8). Несмотря на имеющиеся резкие перепады явных тенденций выхода из стабильного состояния процесса формирования здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся не наблюдается. Что подтверждает управляемость процесса.

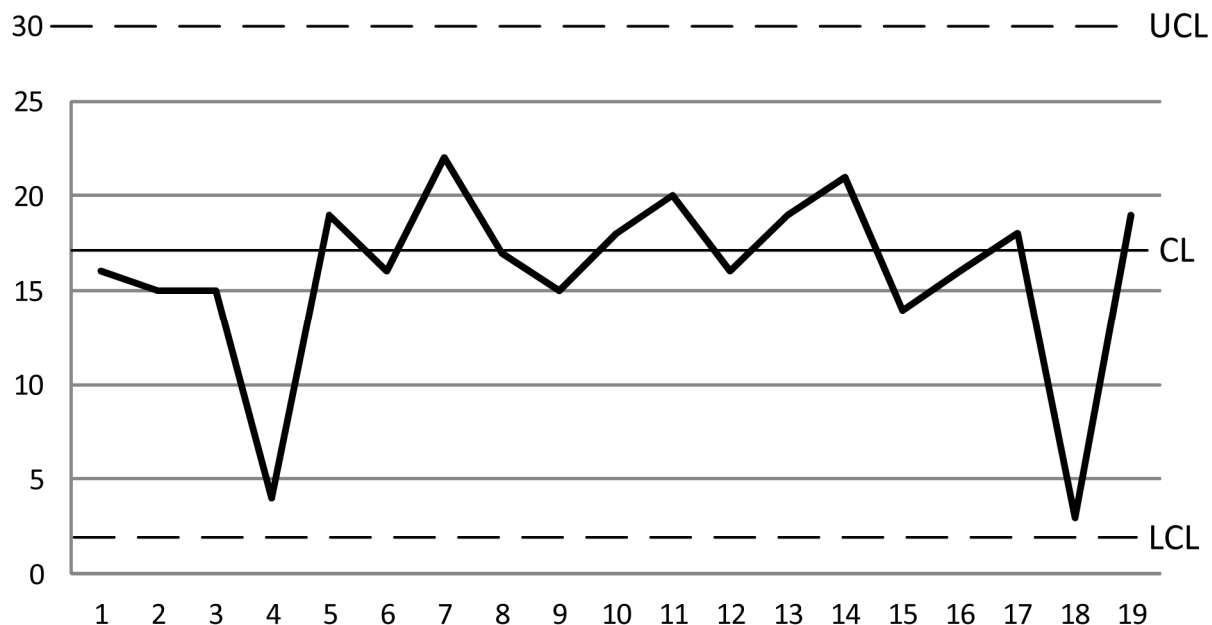


Рис. 4.7. Контрольная карта индивидуальных значений уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся (X-карта)

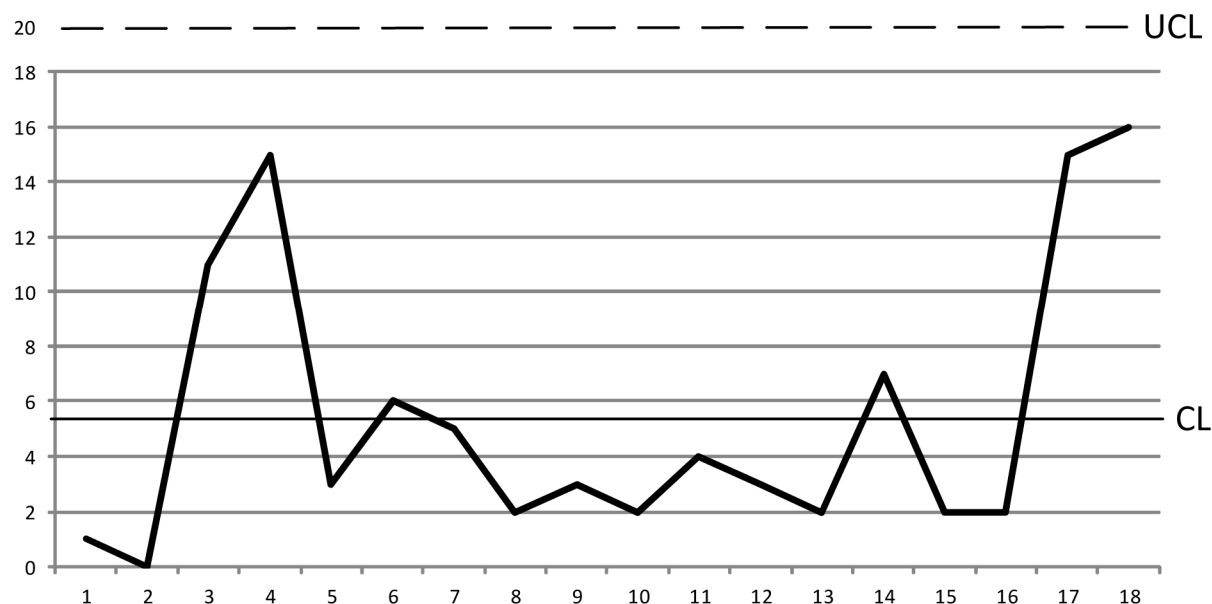


Рис. 4.8. Контрольная карта размахов показателей уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся (R-карта)

Полученные контрольные границы могут (желательно) использоваться для сравнения состояния процесса в будущем – до тех пор, пока процесс формирования здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся не изменится или не выйдет из статистически управляемого состояния. Когда же процесс находится в состоянии статистической управляемости, вряд ли возможно какое-либо усовершенствование без изменения самого процесса. Если процесс будет улучшен, нужно вычислить новые контрольные границы, чтобы учесть измененное качество процесса.

Представленные наглядные методы оценки и анализа процессов при всей их простоте сохраняют связь со статистикой и дают возможность как исполнителям здоровьесберегающей деятельности, так и руководителям образовательных организаций пользоваться их результатами. Они обеспечивают руководству понимание сложных ситуаций и позволяют облегчить задачу управления качеством здоровьесберегающей деятельности, вырабатывая оптимальные решения в кратчайшие сроки. В данной связи руководству важно обеспечить массовое обучение педагогических работников, задействованных в здоровьесбережении, данным методам.

Таким образом, универсальность методов контроля качества позволяет широко использовать их и в оценке здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций. Тем самым обеспечивается возможность управления каждым из процессов, входящих в содержание здоровьесбережения, поскольку регулярный сбор достоверных сведений о процессах, их анализ с целью осуществления эффективных действий по отношению к результативности процесса позволяют предотвращать несоответствия и предвидеть результаты.

3. Компонент совершенствования качества здоровьесберегающей деятельности – система управления качеством.

Наличие потребности в централизации сбора, обобщении и оценке информации о качестве здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях, в наиболее полной систематизации компонентов управления данной деятельностью приводит к необходимости разработки *модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности*.

Данная модель по сути является реализацией принципа системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях.

Внедрение модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности позволяет решить ряд задач:

- 1) обеспечить интеграцию целей здоровьесберегающей деятельности с целями образовательной деятельности организации;
- 2) систематизировать усилия органов управления, всего коллектива образовательной организации в решении вопросов качества здоровьесберегающей деятельности;
- 3) получить необходимую и достоверную информацию за счет адекватной оценки качества здоровьесбережения;
- 4) раскрыть потенциал управления в повышении качества здоровьесберегающей деятельности посредством переноса акцента с борьбы с недостатками на использование инновационных возможностей;
- 5) повысить квалификацию педагогических кадров в решении проблем качества здоровьесбережения.

При обосновании модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности за исходную была принята идея, что управление качеством подразумевает наличие у системы входа и выхода, а также управляющее воздействие на объект управления на основе обратной связи. Важным моментом в управлении качеством является то, что управленческие решения должны приниматься на основе объективной и достоверной информации, а это предполагает обязательный мониторинг состояния здоровьесберегающей деятельности и элементов системы качества данной деятельности.

Мониторинг в образовании – это отслеживание результатов; постоянное наблюдение за каким-либо процессом в образовании с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальным предположениям; диагностически обоснованная система непрерывного отслеживания эффективности обучения и воспитания и принятия управленческих решений, регулирующих и корректирующих деятельность учреждения [56, с. 193].

Применительно к нашему исследованию мониторинг представляется как система сбора и анализа информации с целью изучения и оценки состояния качества здоровьесберегающей деятельности и всей системы его обеспечивающей. Имеющий характер системного исследования, а не эмпирического сбора материала мониторинг призван создать условия для планирования – текущего, годового, перспективного, стратегического.

При оценке системы качества, в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9000–2008, следует задаться четырьмя основными вопросами в отношении каждого оцениваемого процесса в здоровьесберегающей деятельности [33]:

- 1) выявлен и определен ли соответствующим образом процесс;
- 2) распределена ли ответственность;
- 3) внедрены и поддерживаются ли в рабочем состоянии процедуры;
- 4) эффективен ли процесс в достижении требуемых результатов.

Совокупность ответов на эти вопросы поможет интерпретировать результаты оценивания. Стандарт рекомендует использовать статистические методы оценивания, что может помочь понять изменчивость здоровьесберегающей деятельности и, следовательно, способствовать повышению ее эффективности. Статистические методы также помогают принять решение с учетом имеющихся в наличии данных. Изменчивость можно наблюдать в ходе и результатах многих видов здоровьесберегающей деятельности даже в условиях очевидной стабильности, отследив ее по измеряемым характеристикам процессов. Статистические методы могут помочь при измерении, описании, анализе, интерпретации и моделировании изменчивости даже при относительно ограниченном количестве данных. Статистический анализ может помочь лучше понять природу, масштаб и причины изменчивости, способствуя, таким образом, решению и даже предупреждению проблем, которые могут быть результатом такой изменчивости [33].

Являясь важной составляющей управления качеством здоровьесберегающей деятельности, мониторинг оказывает опосредованное и непосредственное влияние на качество здоровьесбережения. Опосредованное влияние связано с обеспечением информацией, необходимой для принятия решений, а непосредственное – с осуществлением этих решений. Непосредственное влияние есть сами процедуры мониторинга. Например, систематическая оценка организации здоровьесберегающего образовательного процесса сама по себе уже есть управленческое влияние: сотрудники начинают корректировать свою деятельность соответственно критериям, по которым проводится мониторинг.

Основными направлениями мониторинга следует считать:

- мониторинг внешней среды (анализ законодательной базы РФ, нормативных актов Министерства образования и науки РФ, изучение запросов и отзывов потребителей здоровьесберегающей деятельности и т. д.);

- мониторинг ресурсов здоровьесберегающей деятельности (материально-технического, кадрового, учебно-методического и научного обеспечения);

- мониторинг здоровьесберегающего образовательного процесса (качества здоровьесберегающей деятельности, качества управления здоровьесберегающей деятельностью и т. д.);

- мониторинг состояния образовательной среды с акцентом на выявление факторов риска для здоровья;

- мониторинг результатов здоровьесберегающей деятельности.

На основании полученных в ходе мониторинга результатов вырабатываются и внедряются управленческие решения. В дальнейшем проводится оценка результатов данных внедрений путем осуществления контроля, анализа сопоставимости достигнутых результатов с запланированными, разработка новых управленческих решений и т. д. Поэтому состояние каждого элемента системы зависит от организации обратной связи. При этом управленческие решения (обратная связь по контуру «управляющие воздействия – информация» в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности) должны приниматься только на основе интеграции и анализа всей информации, которую необходимо постоянно и систематически расширять и дополнять.

Разработка и внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности должны проходить в определенной последовательности и с соблюдением некоторых правил:

- 1) На первом этапе необходимо провести анализ и самооценку здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, определить стратегическое направление развития здоровьесберегающей деятельности, выявить необходимые ресурсы, обеспечить нормативной документацией все области данной деятельности. Общая самооценка позволяет:

- получить всестороннюю картину своей деятельности;
- оценить, насколько деятельностью удовлетворены потребители;
- осознать цели системы качества здоровьесберегающей деятельности и на этой основе определить приоритетные направления совершенствования.

- 2) Цель системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности должна быть осознана на всех уровнях управления. Необходимо распределить ответственность за создание элементов системы

качества – подразделений службы здоровья. Ответственность за внедрение и функционирование системы управления качеством должна быть отражена в должностных инструкциях руководителя службы здоровья (организатора здоровьесберегающей деятельности) и руководителей структурных подразделений службы здоровья (при ее наличии). Последние координируют деятельность по внедрению элементов системы качества здоровьесберегающей деятельности, определяют методы по ее совершенствованию.

Функции управленца в инновационном процессе существенно меняются: руководители всех рангов, традиционно отвечающие за результат, исполняют непривычные им роли, так как не всегда знают ответы на все вопросы [17, с. 193]. В действительности руководители, прежде всего, должны отвечать за грамотное владение способами получения обратной связи, коррекции и координации усилий различных специалистов. В инновационных процессах большинство управленческих функций – целеполагание, планирование, коррекция, получение результата и контроль – являются коллективными. Последние две функции более автономны, так как каждый руководитель структурного подразделения самостоятельно или с чьей-то помощью обеспечивает в процессе реализации инновационной деятельности получение специфической обратной связи. Одновременно с этим, а не последовательно, может (и должна) происходить коррекция различных сторон инновационного процесса. В этой связи руководители подразделений службы здоровья должны являться не столько контролерами, сколько координаторами, обеспечивающими коллективное получение результата.

3) Важно помнить, что любые инновационные процессы не являются линейными. В сложной системе большинство связей представляют собой петли причинности, являясь циклическими. Обратная связь с точки зрения системных принципов обозначает все виды взаимного влияния. При этом всякое влияние может быть и причиной, и результатом. Для оценки эффективности функционирования системы необходимо проводить регулярный контроль ключевых процессов и своевременно производить устранение несоответствий, связанных с конфликтными ситуациями при взаимодействии различных элементов системы.

В соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9000–2008 принцип постоянного улучшения является одним из основных моментов деятельности системы [33]. Постоянное улучшение качества должно

пониматься всеми сотрудниками как неизменно актуальная цель. Согласно этой основной идее, деятельность по улучшению качества включает четыре взаимозависимых этапа: наблюдение, сбор информации; разработка мероприятий по улучшению качества; внедрение; анализ.

4) Роли подразделений службы здоровья в рамках системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, оценка процессов и порядок определения требующих улучшения областей должны быть отражены в документах. Эффективно организованное делопроизводство способствует повышению скорости и качества принятия управленческих решений, снижению степени их риска, экономии времени руководителей.

Внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности заключается в переходе образовательной организации на работу в соответствии с подготовленными, утвержденными и введенными в действие документами, регламентирующими здоровьесберегающую деятельность. В учреждении разрабатываются нормативный документ, описывающий ключевые процессы здоровьесберегающей деятельности, нормативные, организационные и методические предписания. Создаются должностные инструкции, на основании которых действуют руководители подразделений службы здоровья. На рабочих местах определяются обязанности, полномочия и ответственность каждого сотрудника в рамках здоровьесбережения. Эффективная система документооборота позволит оперативно отслеживать соблюдение основных условий реализации системного подхода к управлению в системе качества здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, в том числе – обратную связь внедряемых инноваций.

5) Должно быть налажено информационное обеспечение руководства образовательной организации о соответствии реальных результатов здоровьесберегающей деятельности планируемому. Это позволит осуществлять постоянный анализ эффективности системы управления качеством здоровьесбережения, принимать решения по корректировке ее процессов.

Мониторинг качества здоровьесберегающей деятельности позволяет оценить эффективность всех видов здоровьесбережения, обеспечивающих качество: вскрыть слабые места, принять корректирующие меры, проконтролировать эффективность принятых ранее корректирующих мер.

Мониторинг системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности обязателен для всех подразделений службы здоровья. Централизацию сбора, обобщения и оценки информации обеспечивает мониторинговое подразделение.

6) Если система оказывает сопротивление даже самому лучшему новшеству, то, скорее всего, в ней действует уравнивающая обратная связь. Необходимо выявить факторы стабилизации и пути циркуляции обратной связи, а затем постепенно, поэтапно начать изменения. Чтобы изменить ситуацию, необходимо как можно полнее рассмотреть составляющие проблем и выявить причины их возникновения в данной системе. Затем к каждому элементу цикла необходимо грамотно сформулировать вопросы, определяющие возможные пути изменения, и перейти к выработке стратегии воздействия на систему [17, с. 197].

Одним из важнейших факторов возможного сопротивления внедрению инноваций является отсутствие мотивации у персонала. Необходимо своевременно информировать сотрудников о намерениях в области управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Документы, разработанные руководством, должны доводиться до всех сотрудников образовательной организации. Обсуждение в коллективе основных и дополнительных процессов здоровьесберегающей деятельности позволит выявить области эффективно функционирующих элементов системы и области, где возможны улучшения. Для адаптации инноваций целесообразно организовать обучение сотрудников и проверить эффективность обучения.

7) Система управления качеством здоровьесберегающей деятельности должна способствовать формированию в образовательной организации атмосферы, направленной на достижение требуемого результата. Для этого необходимо:

- непрерывно изучать и прогнозировать требования заинтересованных сторон к качеству здоровьесберегающей деятельности;
- постоянно совершенствовать процессы здоровьесбережения, обеспечения ресурсами и измерений;
- постоянно оценивать собственные возможности и достигнутые результаты по удовлетворению требований лиц, заинтересованных в здоровьесберегающей деятельности;
- развивать и повышать профессионализм сотрудников и их компетентность в области здоровьесбережения и в вопросах обеспечения его качества;

- создавать условия для продуктивной творческой работы таким образом, чтобы ответственность за качество здоровьесберегающей деятельности и совершенствование собственных методов работы нес каждый сотрудник образовательной организации.

Таким образом, внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации позволит повысить адаптивность учреждения к корректировке целей и планируемых результатов здоровьесбережения, обуславливаемой динамикой внешней и внутренней среды, на основе объективности оценки качества, помогающей выявить слабые места в данной деятельности. Это, в свою очередь, предотвратит нежелательные разрушительные воздействия инноваций в области здоровьесбережения за счет прогнозирования изменений во внешней и внутренней среде. Кроме того, будут созданы предпосылки для перехода к сотрудничеству и сотворчеству во взаимоотношениях между руководством и педагогами в совместной деятельности, что обеспечит конструктивное разрешение противоречий в рамках саморазвивающейся системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

4.3. Анализ комплексной оценки эффективности организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Результативность опытно-поисковой деятельности показана на примере общеобразовательных и профессиональных образовательных организации с общим количеством объектов 14. Каждому учреждению присвоен порядковый номер для облегчения подсчетов и представления результатов.

Комплексная оценка эффективности организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности осуществлялась в соответствии со структурой компонентов качества образования [54] по следующим критериям: 1) качество результатов здоровьесберегающей деятельности (K_p); 2) качество условий здоровьесберегающей деятельности (K_y); 3) качество процессов здоровьесберегающей деятельности (K_n). В табл. 4.1 также представлены показатели, дескрипторы и методики оценки.

Таблица 4.1

Критерии, показатели, дескрипторы и методики комплексной оценки эффективности организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности

Критерий	Показатели	Дескрипторы	Методики
1	2	3	4
1. Качество результатов здоровьесберегающей деятельности (K_p)	1.1. Готовность обучающихся к здоровьесберегающей деятельности (K_{p1})	1.1.1. Уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности: 1) мотивационно-ценностный; 2) когнитивный; 3) эмоционально-волевой; 4) операционно-процессуальный; 5) оценочно-рефлексивный	Комплексная методика уровня готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности: 1) оценка уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции (по А. Г. Маджуге); 2) диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесберегающей деятельности (по А. Г. Маджуге); 3) определение индекса отношения к здоровью (по С. Д. Дерябо, В. А. Ясвину)
	1.2. Состояние здоровья обучающихся (K_{p2})	1.2.1. Уровень здоровья	Интегральные показатели: средний показатель здоровья (Н. М. Ашанина, А. Я. Осин, Н. В. Полунина) и коэффициент здоровья (по Р. М. Бавскому)
		1.2.2. Уровень физической подготовленности	Тестирование кондиционной физической подготовленности: быстроты, выносливости, гибкости, скоростной силы и силы
		1.2.3. Уровень психоэмоционального состояния	Оценка самочувствия, активности, настроения (САН); оценка социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому)

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
	1.3. Удовлетворенность потребностей основных субъектов здоровьесбережения (K_{p3})	1.3.1. Степень удовлетворенности здоровьесберегающей деятельностью образовательной организации и образовательным процессом в целом: 1) степень удовлетворенности обучающихся; 2) степень удовлетворенности родителей/законных представителей; 3) степень удовлетворенности сотрудников	Анкетно-опросный метод по авторским анкетам «Самооценка уровня удовлетворенности учащегося», «Самооценка уровня удовлетворенности родителей или законных представителей», «Самооценка уровня удовлетворенности педагогического работника»
2. Качество объекта здоровьесберегающей деятельности (K_y)	2.1. Качество управления здоровьесберегающей деятельностью (K_{y1})	2.1.1. Уровень реализации основных принципов системы качества здоровьесберегающей деятельности: 1) уровень соотношения интересов образовательной организации и заказчиков ее услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности; 2) уровень соотношения принципа единочаия и творческих инициатив; 3) уровень соотношения цели образовательной организации и целей сотрудников; 4) уровень соотношения целей образовательной организации и целей обучающихся;	Констатация наличия и экспертный анализ: 1) системы информирования образовательной организации и обратной связи с заказчиками и потребителями услуг здоровьесберегающей деятельности: • наличия условий и механизмов информирования; • оперативности реагирования на требования; • соотношения числа выполненных требований с числом невыполненных; 2) числа инициативных предложений и обоснованности их поддержки или неподдержки со стороны руководства; 3) соотношения числа вовлеченных в процессы здоровьесбережения с общим числом сотрудников организации;

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
		<p>5) уровень соотношения ориентации на процесс и на результат;</p> <p>6) уровень соотношения подходов к управлению качеством;</p> <p>7) уровень соотношения подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности;</p> <p>8) уровень соотношения документационного обеспечения к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности</p>	<p>4) соотношения проявленной учебно-познавательной активности обучающихся в вопросах здоровьесориентированной деятельности с общим числом направлений учебно-познавательной активности (проектная деятельность, предметные курсы и олимпиады и др.);</p> <p>5) системы ключевых процессов здоровьесбережения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • описания последовательности, взаимосвязи и взаимодействия процессов; • описания входов и выходов процессов; • установления владельцев процессов; • описания критериев эффективности процессов; • наличия мониторинга процессов; <p>6) соотношения частных задач направлений здоровьесбережения (каждого ключевого процесса) с общей целью – формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности;</p> <p>7) системы мониторинга качества здоровьесберегающей деятельности (информационно-аналитическая база данных по направлениям мониторинга, банк измерителей);</p> <p>8) системы документооборота, регламентирующей управление качеством здоровьесберегающей деятельности и обеспечивающей обратную связь по внедряемым инновациям</p>

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
		<p>2.1.2. Наличие службы здоровья или структуризации направлений здоровьесбережения, ее эффективность</p>	<p>Констатация наличия и экспертный анализ:</p> <p>1) службы здоровья или структуризации направлений здоровьесбережения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • приказа руководителя о создании структуры или структуризации направлений здоровьесбережения; • нормативных положений о службе и ее подразделениях или структуризации направлений здоровьесбережения; • должностных инструкций руководителя службы здоровья (организатора оздоровительной деятельности) и руководителей подразделений службы или владельцев ключевых процессов; <p>2) системности и упорядоченности в организации деятельности службы или направлений здоровьесбережения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • однозначно сформулированных целей, задач, отраженных в соответствующих положениях о службе и ее подразделениях или направлениях здоровьесбережения; • четкости распределения функциональных обязанностей, отраженных в должностных инструкциях руководителя службы здоровья (организатора оздоровительной деятельности), руководителей подразделений службы или владельцев ключевых процессов и отдельных специалистов;

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> ● качественно-количественных критериев оценки работы подразделений или направлений, отраженных в планах работы подразделений; ● систематического анализа эффективности принятых и выполняемых решений, отраженного в отчетах подразделений; ● системы своевременного информирования о выполненных действиях и их результативности (по выполнению сроков предоставления информации на общественных советах образовательной организации (педагогическом, попечительском, родительском, ученическом и др.); <p>3) активности и продуктивности деятельности службы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● числа инициатив по улучшению работы управления и новым видам деятельности, исходящих из структурных подразделений (отчеты о проделанной работе, протоколы заседаний службы); ● соотношения количества новых и реализованных решений (планы и отчеты работы подразделений); ● числа целевых и инновационных проектов (планы и отчеты работы подразделений); <p>4) оперативности и четкости работы службы или реализации направлений здоровьесбережения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● соотношения числа действий, выполненных оперативно и оперативно, с общим числом действий (планы и отчеты работы подразделений);

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> • уровня согласованности при выполнении действий (соотношение числа сотрудников, вовлеченных в процесс целеполагания, с общим числом сотрудников)
2.2. Качество курсного обеспечения процесса здоровьесбережения (K_{y2})		2.2.1. Уровень соответствия инфраструктуры образовательной организации условиям здоровьесбережения	Констатация наличия и экспертный анализ соответствия требованиям СанПиН 2.4.2.1178-02; 2.4.3.1186-03; 2.4.5.2409-08; санитарным правилам устройства и содержания мест занятий по физической культуре и спорту
		2.2.2. Уровень профессиональной компетентности специалистов, обеспечивающих ведение здоровьесберегающей деятельности	<p>Констатация наличия и экспертный анализ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) системы непрерывного образования педагогов в области здоровьесбережения и обеспечения его качества; 2) уровня сформированности здоровьесберегающей компетентности педагога: мотивационно-ценностный; когнитивный; инструментально-деятельностный
		2.2.3. Уровень учебно-методического и научного обеспечения	<p>Констатация наличия и экспертный анализ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обновленного учебно-методического комплекса дисциплин (учебных предметов), отражающего использование в образовательном процессе здоровьесберегающих приемов, методов, форм, технологий, адекватных возрастным возможностям и особенностям обучающихся; 2) программы научно-исследовательской и экспериментальной работы (отчеты), уровня публикационной активности сотрудников

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
	2.3. Качество здоровьесберегающей среды (K_{y3})	2.3.1. Уровень соответствия требованиям СанПиН 2.4.2.1178–02; 2.4.3.1186–03; 2.4.5.2409–08; санитарным правилам устройства и содержания мест занятий по физической культуре и спорту	Констатация наличия и экспертный анализ соответствия требованиям СанПиН 2.4.2.1178–02; 2.4.3.1186–03; 2.4.5.2409–08; санитарным правилам устройства и содержания мест занятий по физической культуре и спорту
		2.3.2. Уровень рациональности образовательного процесса	Экспертный анализ основных показателей рациональности образовательного процесса: 1) объема учебной нагрузки; 2) нагрузки от дополнительных занятий; 3) занятий активно-двигательного характера; 4) соответствия методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям обучающихся
		2.3.3. Уровень влияния факторов риска внутри учебной среды на состояние здоровья обучающихся	Констатация наличия и экспертный анализ числа и степени глубины влияния выявленных факторов риска внутри учебной среды на уровень здоровья обучающихся
		2.3.4. Эффективность предупреждающих и корректирующих действий по недопущению/коррекции влияния факторов риска внутри учебной среды на уровень здоровья обучающихся	Констатация наличия и экспертный анализ предупреждающих и корректирующих действий по недопущению/коррекции влияния факторов риска внутри учебной среды на уровень здоровья обучающихся

Окончание табл. 4.1

1	2	3	4
3. Качество предоставления услуг, касающихся здоровья и сберегающей деятельности (K_n)	3.1. Эффективность реализации ключевых процессов (основных направлений здоровьесберегающей деятельности) ($K_{п1}$)	3.1.1. Уровень эффективности медицинского и санитарно-гигиенического сопровождения образовательного процесса ($K_{п1}$)	Экспертный анализ эффективности медицинского и санитарно-гигиенического сопровождения
		3.1.2. Уровень эффективности процесса формирования здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся педагогическими средствами ($K_{п2}$)	Экспертный анализ эффективности процесса формирования здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся педагогическими средствами
		3.1.3. Уровень эффективности физкультурно-оздоровительного сопровождения образовательного процесса ($K_{п3}$)	Экспертный анализ эффективности физкультурно-оздоровительного сопровождения образовательного процесса
		3.1.4. Уровень эффективности психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса ($K_{п4}$)	Экспертный анализ эффективности психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса

Интегративный показатель качества здоровьесбережения (K_3) представляет собой отношение суммы критериев качества результатов здоровьесберегающей деятельности (K_p), качества условий здоровьесберегающей деятельности (K_y) и качества процессов здоровьесберегающей деятельности (K_{π}) к их суммарному числу:

$$K_3 = \frac{K_p + K_y + K_{\pi}}{3}.$$

Критерий качества результатов здоровьесберегающей деятельности, в свою очередь, представлен соотношением суммы критериев его показателей (см. табл. 4.1, п. 1.1–1.3) к их числу:

$$K_p = \frac{K_{p1} + K_{p2} + K_{p3}}{3}.$$

Аналогичным образом определяются критерий качества условий здоровьесберегающей деятельности (см. табл. 4.1, п. 2.1–2.3):

$$K_y = \frac{K_{y1} + K_{y2} + K_{y3}}{3}$$

и критерий качества процессов здоровьесберегающей деятельности (только здесь используются дескрипторы) (см. табл. 4.1, п. 3.1.1–3.1.4):

$$K_{\pi} = \frac{K_{\pi1} + K_{\pi2} + K_{\pi3} + K_{\pi4}}{4}.$$

В соответствии с количеством дескрипторов наполняемость каждого критерия может быть различна и зависит от необходимости получения определенной информации руководителем образовательной организации, руководителем подразделения или владельцами основных процессов и иными заинтересованными лицами с целью оценки состояния и динамики развития здоровьесберегающей деятельности, принятия соответствующих ситуации управленческих решений.

Оценка каждого показателя и каждого критерия осуществляется по 10-балльной шкале. Попадание значения в диапазон от 1 до 3 сви-

детельствует о низком уровне соответствия качества установленным требованиям, недостаточном для удовлетворения нужд потребителей здоровьесберегающей деятельности; от 4 до 7 – средний уровень и от 8 до 10 – высокий уровень, обеспечивающий на текущий момент максимально полное удовлетворение потребностей.

Значения основных показателей для вычисления K_y и K_n находились следующим образом. Каждый дескриптор оценивался по 4-балльной шкале от 0 до 3, где значению присваивался балл «0», если уровень показателя не соответствовал требованиям (ожиданиям, планам и др.); «1» – частично соответствовал; «2» – полностью соответствовал; «3» – превышал ожидания (выходил за пределы установленных ожиданий, осуществлялась прогностическая, превентивная деятельность и др.). Далее находилось значение среднего арифметического, которое для перевода в 10-балльную шкалу сверялось с установленными границами средних показателей (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Шкала перевода средних показателей оценки качества условий
и процессов здоровьесберегающей деятельности

Баллы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Границы средних по- казателей	0– 0,10	0,11– 0,40	0,41– 0,70	0,71– 1,00	1,11– 1,40	1,41– 1,70	1,71– 2,00	2,01– 2,30	2,31– 2,60	2,61– 3,00

Представим полученные в ходе опытно-поисковой работы показатели.

1. Критерий качества результатов здоровьесберегающей деятельности.

Полученные данные об уровне сформированности здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся – ведущем показателе качества здоровьесбережения – подтверждают положительную динамику в становлении здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся: средний прирост составил 7,89 балла (min – 6,63; max – 9,94). На начальном этапе исследования у обучающихся превалировал репродуктивный уровень здоровьесберегающей личностной позиции (68,3 %), характеризующийся поверхностными представлениями о здоровом об-

разе жизни (рис. 4.9). Отношение к здоровью у обучающихся проявлялось преимущественно на эмоционально-чувственном уровне, когда стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, а участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации. Второе ранговое место на данном этапе фиксировалось за обучающимися с адаптивным уровнем здоровьесберегающей личностной позиции (17,1 %). Здесь уже присутствуют элементарные фрагментарные представления о здоровом образе жизни. Эмоционально-ценностное отношение к здоровью практически не проявляется. У обучающихся преобладают мотивы формального следования требованиям здорового образа жизни, соответственно, наблюдается пассивно-созерцательное прагматическое отношение к действительности.

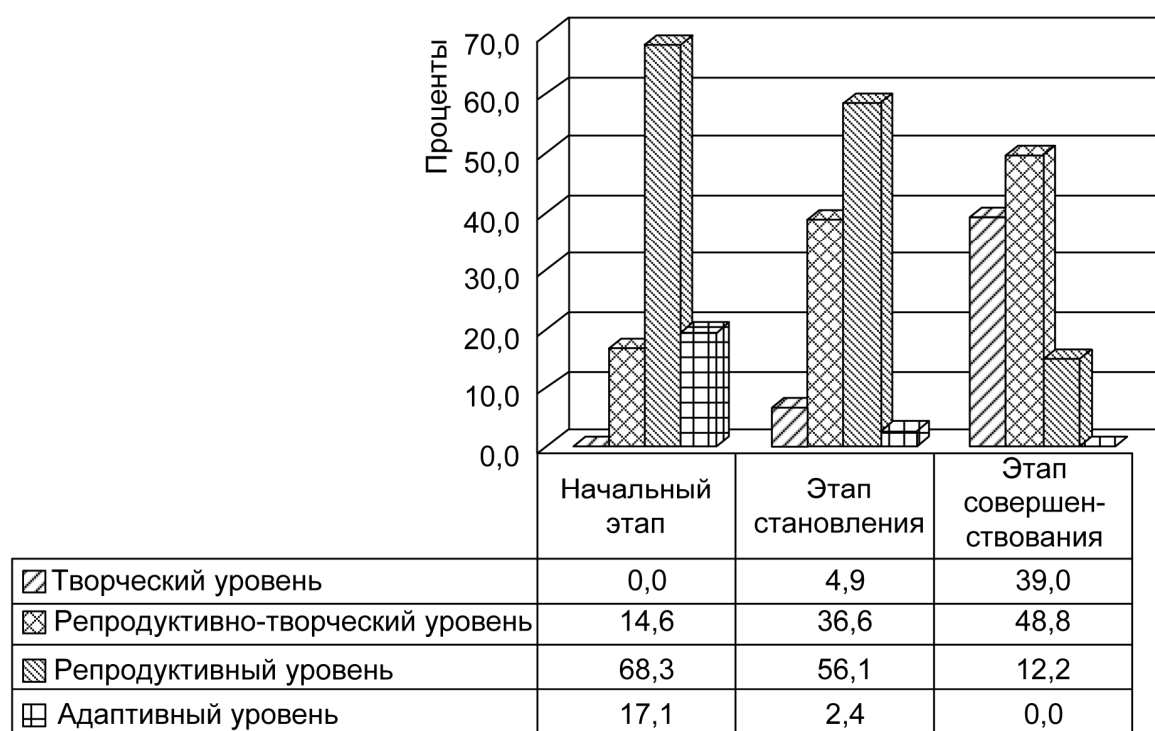


Рис. 4.9. Динамика изменения средних показателей уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

Существенное перераспределение ранговых мест происходит уже на этапе становления (сказываются изменение целевых ориентиров здо-

ровьесберегающей деятельности, ее упорядоченность и систематизация): если на начальном этапе большинство обучающихся имели здоровьесберегающую личностную позицию репродуктивного уровня (56,1 %), то теперь 36,6 % испытуемых вышли на репродуктивно-творческий уровень (преимущественно за счет перехода с адаптивного уровня), а 4,9 % – на творческий уровень здоровьесберегающей личностной позиции (см. рис. 4.9).

Репродуктивно-творческий уровень характеризуется недостаточным эмоционально-ценностным отношением к здоровому образу жизни, слабостью проявления личностной оценки своего здоровья, когда участие в ценностно-ориентированной деятельности зачастую происходит под влиянием внешних воздействий и требований, хотя наблюдается положительная мотивация к этой деятельности.

Этап совершенствования показал еще более существенные изменения: ведущим стал репродуктивно-творческий уровень (48,8 %), значительно сократилось число детей, имеющих здоровьесберегающую личностную позицию репродуктивного уровня (12,2 %) и возросло количество тех, кто вышел на творческий уровень (39,0 %) (см. рис. 4.9). Данный уровень характеризуется эмоционально-ценностным отношением к здоровью и здоровому образу жизни, когда актуальными являются мотивы самосовершенствования и самореализации. У обучающихся наблюдаются стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на здоровьесориентированную деятельность, стремление обогатить индивидуальный опыт в данной деятельности.

Соответственно этапам развития опытно-поисковой деятельности образовательных организаций выявлялись типы отношения обучающихся к здоровью (рис. 4.10).

На начальном этапе преобладают учащиеся с ответственно-пассивным типом отношения к здоровью (65,2 %), характеризующимся высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. Человек с данным типом установки уделяет внимание своему здоровью, обращается за помощью только в случае болезни. В обычной ситуации он не следит за своим психическим состоянием, питанием, двигательной активностью, режимом труда и отдыха. На данном этапе также велико число лиц, имеющих пассивный тип установки (20,8 %), проявляющийся в равно низком уровне ответственности и активности, т. е. обучающиеся полностью

возлагают ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья.

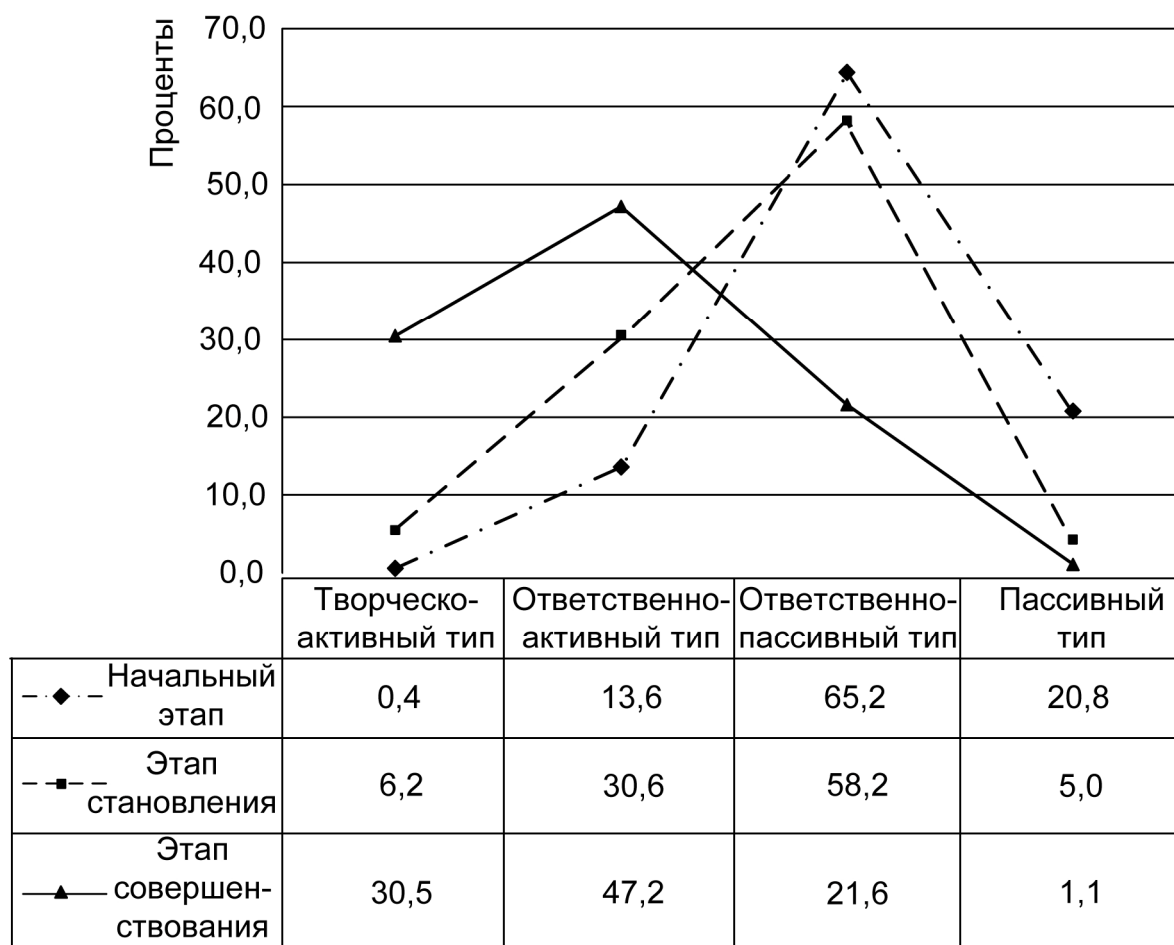


Рис. 4.10. Динамика изменения типа отношения обучающихся к здоровью на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

На этапе становления деятельности большинство обучающихся (52,8 %) имеют ответственно-пассивный тип установки; в то же время увеличивается число лиц с поддерживающим/вынужденным типом (30,6 %), характеризующимся высоким уровнем ответственности за свое здоровье и низким уровнем поведенческой активности по его сохранению и укреплению, т. е. обучающиеся понимают, что состояние их здоровья зависит прежде всего от них самих, но при этом практически о нем не заботятся (говорят об отсутствии как времени, так и желания).

На этапе совершенствования здоровьесберегающей деятельности большое число обучающихся (30,5 %) имеют творческо-активный тип установки. Что позволяет говорить о высоком уровне ответственности и активности обучающихся по отношению к своему здоровью.

Такие учащиеся целенаправленно уделяют здоровью должное внимание, в том числе предпринимая меры для профилактики заболеваний, а в случае болезни – для скорейшего выздоровления.

Полученные результаты проведенного по методике С. Дерябо и В. Ясвина «Индекс отношения к здоровью» [38, с. 403–408] исследования четырех компонентов интенсивности субъективного отношения обучающихся к здоровью и здоровому образу жизни в соотношении с эмоциональной, познавательной, практической шкалами и шкалой поступков в целом оказались идентичны результатам исследования уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся и их отношения к здоровью (рис. 4.11).

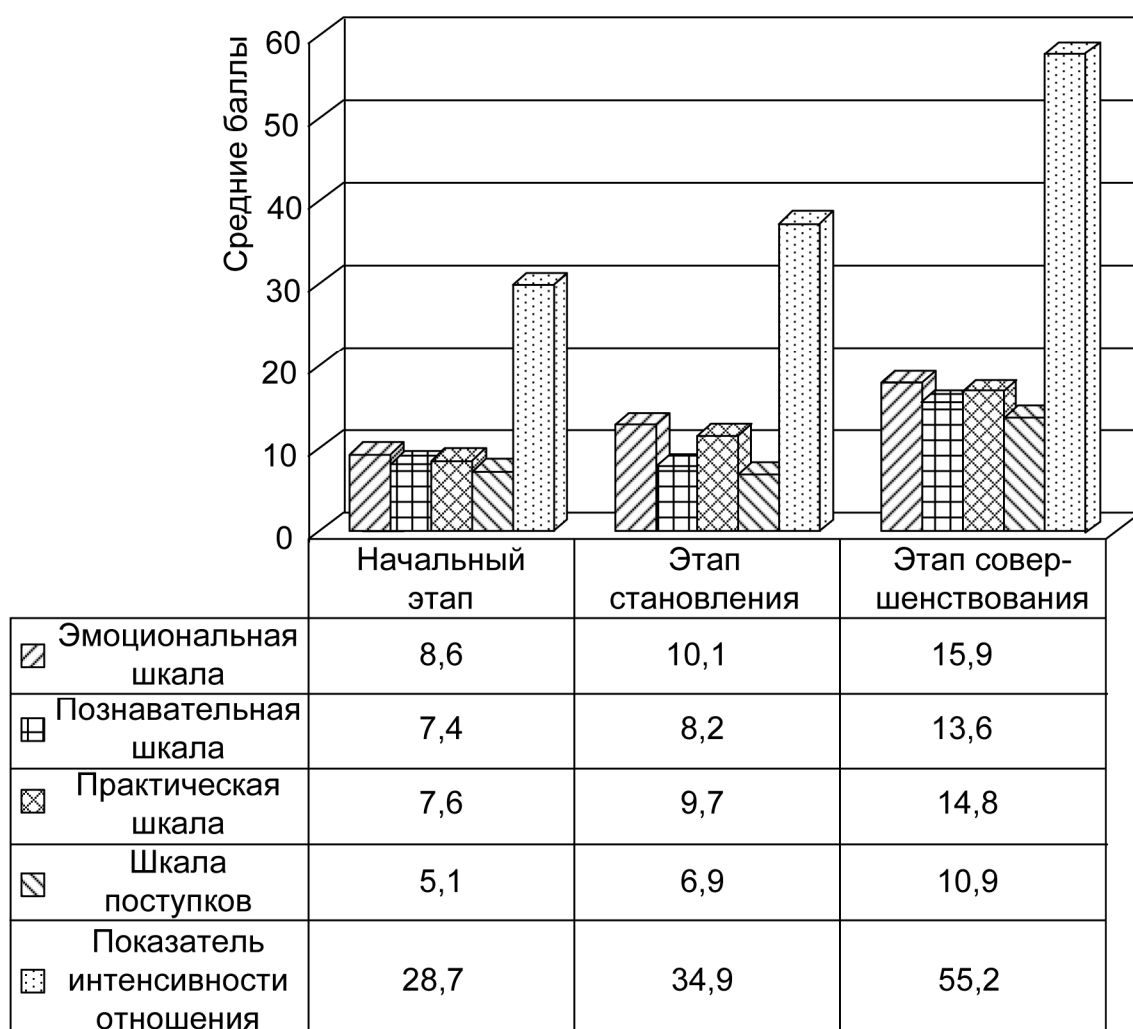


Рис. 4.11. Динамика изменения средних показателей уровня и особенностей отношения к здоровью обучающихся на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

При сравнении средних показателей уровня и особенностей отношения к здоровью обучающихся между этапами опытно-поисковой деятельности уровень значимости по t -критерию Стьюдента во всех случаях находился в пределах границ: $p < 0,05$.

При приведении представленных выше результатов исследования готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности к 10-балльной шкале K_{p1} на начальном этапе деятельности образовательных организаций ФЭП составил 3,43 балла, на этапе становления – 5,38 балла и на этапе совершенствования – 7,69 балла. Общий прирост – 4,26 балла.

Рассмотрим показатель уровня здоровья обучающихся (средний показатель здоровья по Н. М. Ашаниной, А. Я. Осину, Н. В. Полуниной и коэффициент здоровья по Р. М. Баевскому).

Средний показатель здоровья (СПЗ) высчитывался по формуле

$$\text{СПЗ} = \frac{1N_1 + 2N_2 + 3N_3 + 4N_4}{E_n},$$

где 1, 2, 3, 4 – 1-я, 2-я, 3-я и 4-я группы здоровья;

N_1, N_2, N_3, N_4 – число обучающихся с 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группами здоровья;

E_n – общее число обучающихся.

На начальном этапе 43 % образовательных организаций имели неудовлетворительный СПЗ (выше 1,9); оставшиеся 57 % – средний (СПЗ в диапазоне от 1,6 до 1,9), что позволило считать уровень здоровья обучающихся в них детей удовлетворительным. На этапе совершенствования наблюдалась общая положительная динамика изменения уровня здоровья обучающихся (средние показатели прироста составили 1,84): 35,7 % образовательных организаций сумели сохранить СПЗ в средних пределах; у 28,6 % учреждений он стал выше – с удовлетворительного поднялся до высокого (СПЗ ниже 1,6); у 36,7 % – остался на неудовлетворительном уровне.

При сравнении показателей СПЗ начального этапа с СПЗ на этапе совершенствования уровень значимости по W -критерию Вилкоксона составил $p < 0,05$ (168,5), а показатели во всех случаях более чем в 3 раза превышали свою ошибку, что также подтверждает достоверность полученных результатов.

В качестве критерия адаптационных возможностей обучающихся определялся коэффициент здоровья (K_3) (Р. М. Баевский):

$$K_3 = 0,01\text{ЧСС} + 0,01\text{САД} + 0,008\text{ДАД} + 0,014\text{В} + 0,009\text{МТ} - 0,009\text{Р} - 0,27,$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений;

САД – систолическое артериальное давление;

ДАД – диастолическое артериальное давление;

В – возраст;

МТ – масса тела;

Р – рост.

На начало опытно-поисковой деятельности у 9,2 % обучающихся в образовательных организациях констатировался срыв адаптации (показатели составил и 4,31 балла), данный процент снизился до 4,1 % на этапе совершенствования (рис. 4.12).

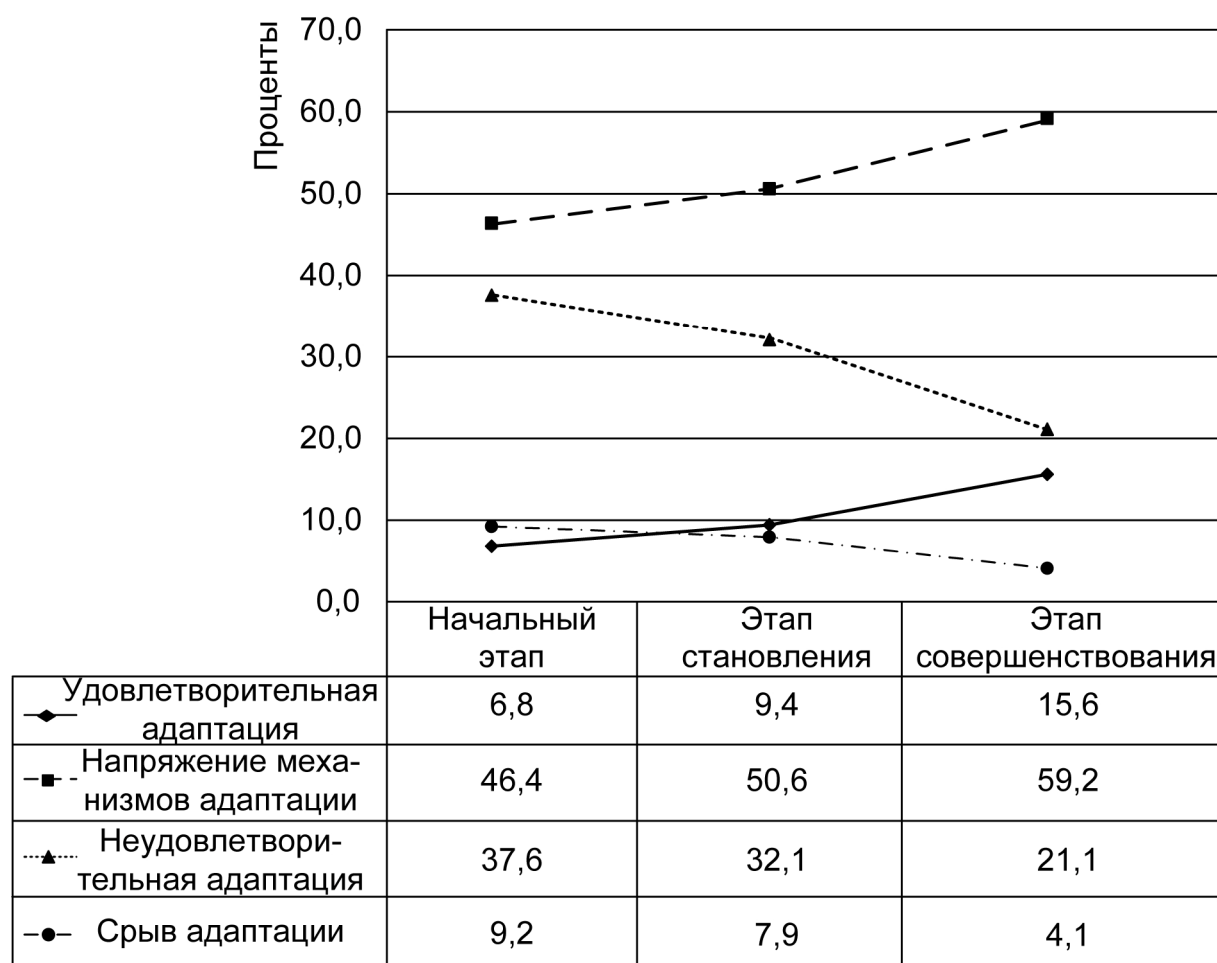


Рис. 4.12. Динамика изменения показателей коэффициента адаптации у обучающихся на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

Сократилось число обучающихся с неудовлетворительной адаптацией (показатели в диапазоне 3,21–4,3 балла) – у них коэффициент здоровья перешел на уровень напряжения механизмов адаптации (показатели в диапазоне 2,11–3,2 балла): с 37,6 % на начальном этапе до 21,1 % на этапе совершенствования. Возросло число обучающихся с удовлетворительным уровнем адаптации (показатели не превышают 2,1 балла): с 6,8 % на начальном этапе до 15,6 % на этапе совершенствования.

Исследование уровня кондиционной физической подготовленности проводилось по следующим тестовым методикам: бег на 30 м со старта (оценка быстроты); бег на 1000 м (оценка выносливости); прыжок в длину с места (оценка скоростной силы); наклон туловища вперед из положения сидя (оценка гибкости); подтягивание на высокой перекладине (оценка силы у мальчиков); поднимание–опускание туловища из положения лежа в течение 30 с (оценка силы у девочек).

По показателям тестов осуществляется оценка уровня физической подготовленности детей и подростков в процентном соотношении по шкале от 0 до 100 % с учетом пола и возраста обучающихся. Данные тестирования уровня физической подготовленности на всех этапах опытно-поисковой деятельности в целом показали, что большинство обучающихся не выполняют нормативные требования и только единицы показывают высокие результаты. Как и на начальном этапе, на этапе совершенствования были получены данные, говорящие об определенно низком уровне физической подготовленности обучающихся: в границы нормативов не попадает и половина (за исключением показателей быстроты). Тем не менее, в целом темп прироста по физическим качествам составил: быстрота – 9,8 %, гибкость – 4,7 %, выносливость – 10,4 %, скоростная сила – 6,19 % и сила – 4,9 %.

Уровень психоэмоционального состояния обучающихся оценивался по двум методикам: оценка самочувствия, активности, настроения (методика САН), оценка социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому) [38, 129 и др.]. Результаты показаны на примере обучающихся 9–11-х классов.

Оценка показателя САН проводилась на основе системы баллов с вычислением интегрального коэффициента (K_3):

$$K_3 = \frac{C + A + H}{3}.$$

На начало опытно-поисковой деятельности у 19,6 % обучающихся в образовательных организациях отмечался низкий показатель K_3 : плохое самочувствие, низкий уровень активности и настроения. Данный показатель не претерпел существенного изменения на этапе совершенствования и составил 12,8 % (прирост 6,8 %) (рис. 4.13). Следует отметить схожесть полученных данных с данными, характеризующими уровень адаптационных возможностей обучающихся (коэффициент здоровья).

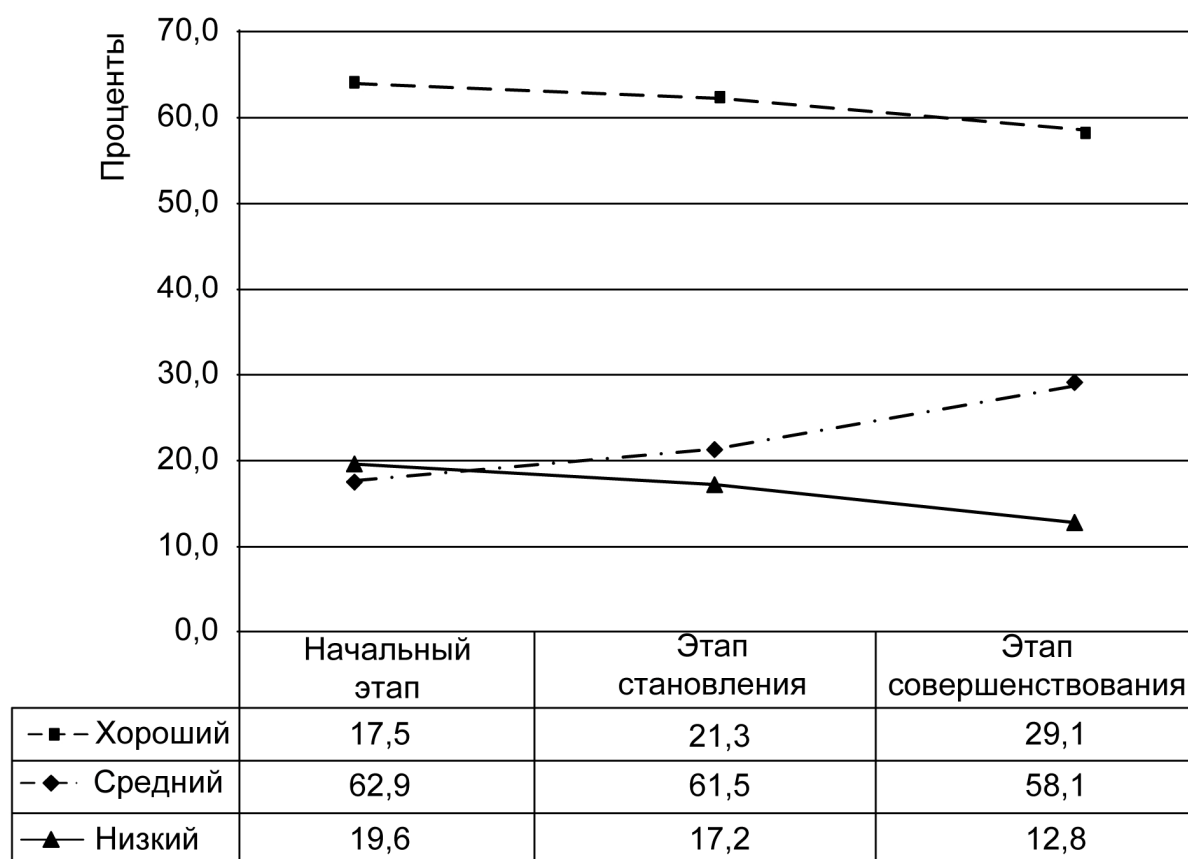


Рис. 4.13. Динамика изменения показателей интегрального коэффициента САН у обучающихся на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

За период опытно-поисковой деятельности увеличилось число обучающихся с высокими показателями САН: с 17,5 до 29,1 % (прирост 11,6 %). Изменения произошли преимущественно за счет перераспределения обучающихся со средним уровнем САН. Уровень во всех результатах не превышал $p < 0,05$ по t -критерию Стьюдента.

Лучшая динамика наблюдается при анализе результатов оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому): уровень высокой социальной устойчивости повысился с 19,1 %

на начальном этапе до 33,4 % на этапе совершенствования (прирост 14,3 %); уровень низкой социальной устойчивости изменился соответственно с 14,1 до 6,1 % (прирост – 8 %) (рис. 4.14).

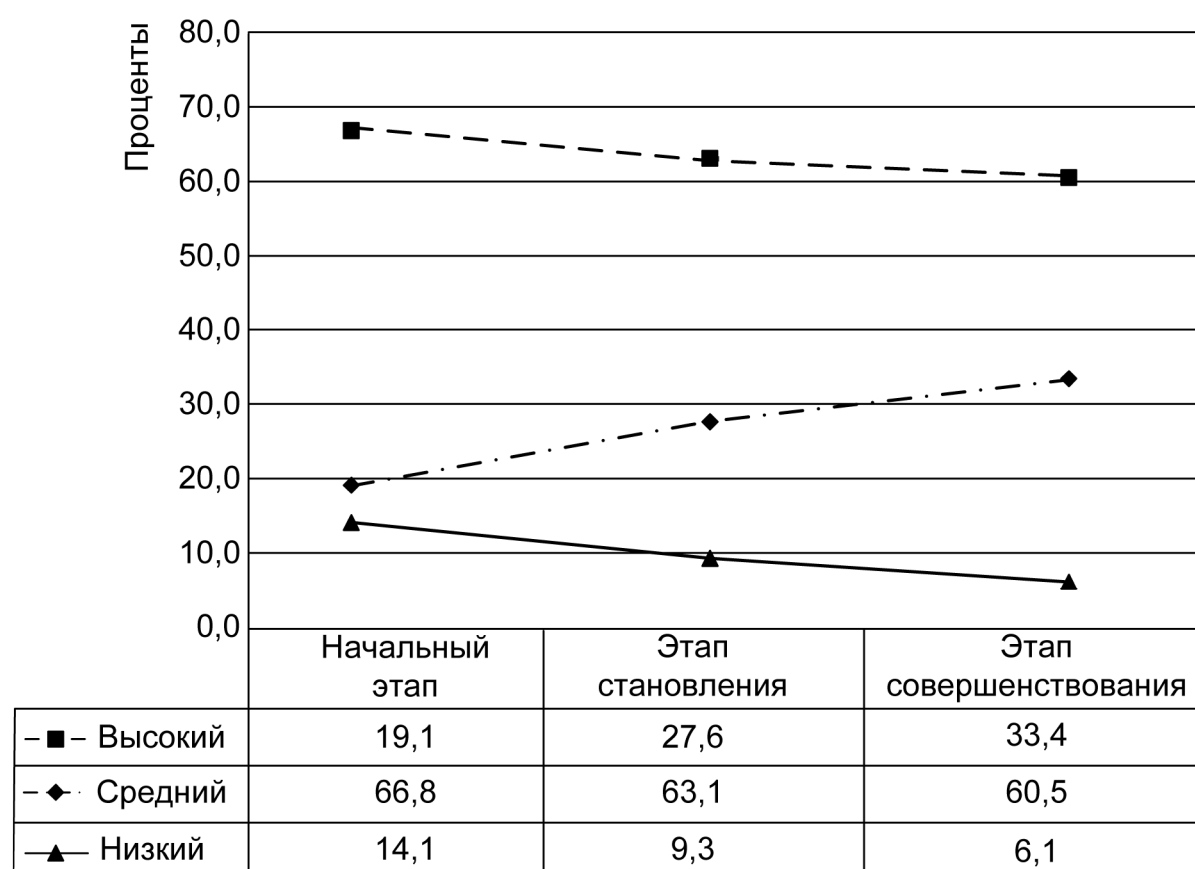


Рис. 4.14. Динамика изменения показателей оценки социального благополучия и личностной устойчивости у обучающихся на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

При приведении представленных выше результатов исследования уровня здоровья обучающихся к 10-балльной шкале K_{p2} образовательных организаций ФЭП на начальном этапе составил 5,6 балла, на этапе становления – 6,33 балла и на этапе совершенствования – 7,2 балла. Общий прирост – 1,6 балла.

Коэффициент K_{p3} – удовлетворенность потребностей основных субъектов здоровьесбережения – определялся по показателям степени удовлетворенности основных субъектов (обучающихся, их родителей/законных представителей и сотрудников) здоровьесберегающей деятельностью образовательной организации и образовательным процессом в целом. С этой целью использовались авторские анкеты «Самооценка уровня удовлетворенности учащегося» (для учащихся 9–11-х классов)

и «Самооценка уровня удовлетворенности родителя/законного представителя», имеющих целью сбор данных по 8 ключевым направлениям: 1) организация образовательного процесса; 2) информационное обеспечение; 3) характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «учащийся – преподаватель»; 4) система взаимодействия «учащийся – администрация»; 5) мотивация на учебную и здоровьесберегающую деятельность; 6) внеучебная деятельность; 7) социальные условия; 8) социально-психологический климат в коллективе.

Для исследования уровня удовлетворенности педагогических работников использовалась анкета «Самооценка уровня удовлетворенности педагогического работника», где сотрудники должны были выразить свои мысли по следующим 8 ключевым направлениям: 1) организация образовательного процесса; 2) информационно-методическое обеспечение; 3) характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «преподаватель – учащийся»; 4) система взаимодействия «преподаватель – администрация»; 5) социальная обеспеченность трудового процесса; 6) возможность самореализации; 7) повышение уровня педагогического мастерства; 8) социально-психологический климат в коллективе.

Средние показатели уровня удовлетворенности основных субъектов здоровьесбережения на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций показали, что средний прирост показателя удовлетворенности у всех субъектов здоровьесбережения составил 0,23. Так, средние показатели уровня удовлетворенности на начальном этапе составляли 0,16, на этапе совершенствования – 0,39. Следует отметить существенное различие уровня удовлетворенности в разных группах респондентов: наименьшие показатели отмечаются у родителей/законных представителей (на начальном этапе – 0,25, на этапе становления – 0,09, на этапе совершенствования – 0,25), что связано в большей мере с недостаточным уровнем информированности; значительно выше уровень удовлетворенности у учащихся (0,34, 0,34 и 0,41 соответственно; средний прирост – 0,07); наиболее высокий уровень удовлетворенности отмечается у педагогических работников (0,44, 0,45, и 0,52 соответственно; средний прирост – 0,08).

При сравнении показателей уровня удовлетворенности, имеющих на начальном этапе, с теми, что были получены на этапе совершенствования, уровень значимости по W-критерию Вилкоксона составил у учащихся $p < 0,05$ (147), у родителей/законных представителей – $p < 0,01$ (127,5) и у преподавателей – $p < 0,05$ (155,5). Достовер-

ность полученных результатов также подтверждается тем фактом, что показатели во всех случаях более чем в 3 раза превышали ошибку.

Следует отметить специфику распределения показателей удовлетворенности по ключевым направлениям.

Наибольшее удовлетворение у обучающихся вызывают процессы 5-го направления – мотивация на учебную и здоровьеориентированную деятельность (средний показатель – 1,0): обучающиеся отмечают наличие интереса к собственному здоровью и здоровому образу жизни, необходимость в будущей жизнедеятельности применять приобретенные за время обучения навыки сохранения и укрепления здоровья. Следующее ранговое место занимает 3-е направление – характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «учащийся – преподаватель» (средний показатель – 0,49): для обучающихся значимы собственные успехи как в учебе, так и в сохранении здоровья; отмечаются профессионализм преподавателей, уровень их медицинской и санитарно-гигиенической грамотности, комфортность во взаимодействиях с преподавателями. Следующим по уровню значимости выступает 6-е направление – внеучебная деятельность (средний показатель – 0,44): учащиеся в достаточной степени информированы о проводимой в организации внеучебной деятельности, принимают участие в ее планировании; отмечается возможность принимать участие в спортивно-массовых мероприятиях, заниматься в спортивных секциях, кружках, в том числе связанных с сохранением здоровья; школа/колледж регулярно организует запоминающиеся встречи с представителями сторонних организаций (врачами, пожарными, полицейскими и др.); отмечаются регулярность встреч с классным руководителем/куратором класса/группы и наличие возможности обсуждения вопросов, связанных со здоровьем и самочувствием.

Более противоречивые сведения получены об уровне удовлетворенности родителей/законных представителей обучающихся. Крайнее неудовлетворение отмечается по 3-му направлению – характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «учащийся – преподаватель» (средний показатель – 0,65): респонденты не считают уровень профессионализма преподавателей достаточным, что проявляется в неполном освоении обучающимися учебных предметов, в некомфортности взаимодействия между преподавателями и обучающимися, в неинформированности о возникающих у ребенка трудностях в обучении, во взаимодействии со сверстниками. Столь же высокий

уровень неудовлетворенности отмечается по 2-му направлению – информационное обеспечение (средний показатель – 0,61): говорится о недоступности компьютерных классов для самостоятельной работы и невозможности пользоваться во внеучебное время выходом в глобальную сеть Интернет с тем, чтобы восполнить недостаток информации, в том числе по здоровому образу жизни. Неудовлетворенность по 5-му направлению – мотивация на учебную и здоровьесберегающую деятельность (средний показатель – 0,23), проявляется наблюдаемым отсутствием у ребенка интереса к учебе и собственному здоровью. В отношении неудовлетворенности 1-м направлением – организация образовательного процесса (средний показатель – 0,21), следует отметить недовольство родителей/законных представителей обучающихся полнотой и уровнем информированности как по общим вопросам образовательного процесса, так и по вопросам здоровьесбережения, а также объективностью оценивания учебной и поощрения внеучебной деятельности. Наиболее высокий уровень удовлетворения отмечен по 8-му направлению – социально-психологический климат в коллективе (средний показатель – 0,75), что проявляется в констатации комфортности в классах/группах, наличия условий для раскрытия и реализации творческих способностей ребенка, а также в знании и поддержке традиций школы/колледжа.

В группе респондентов – педагогических работников образовательных организаций неудовлетворенность отмечена по 3-му направлению – характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «преподаватель – учащийся» (средний показатель – 0,20), что проявляется в недовольстве культурным уровнем обучающихся, их дисциплинированностью, организованностью и общим недостаточным уровнем обучаемости. Среди причин низкого уровня удовлетворенности по 5-му направлению – социальная обеспеченность трудового процесса (средний показатель – 0,10) – можно назвать, прежде всего, недовольство работой профсоюзной организации, невозможность прохождения доступного оздоровительного санаторно-курортного лечения; отмечается также недостаточность возможности заниматься спортом, оздоровительной физической культурой в условиях школы/колледжа. Недостаточная удовлетворенность по 7-му направлению – повышение уровня педагогического мастерства (средний показатель – 0,08) – объясняется отсутствием гарантии оплаты обучения на курсах повышения квалификации администрацией школы/колледжа, удовлетворенности результатами последнего повышения квалификации, а также достойной системы стимулирования

и поощрения преподавателей по результатам участия в научно-исследовательской, творческой деятельности. Максимальный уровень удовлетворения отмечен по 1-му (организация образовательного процесса), 2-му (информационно-методическое обеспечение) и 8-му (социально-психологический климат в коллективе) направлениям (средний показатель – 1,00): отмечаются высокий уровень, полнота и своевременность информирования об образовательном процессе в целом и здоровьесберегающей деятельности в частности; техническая, социальная и психологическая комфортность трудового процесса. Можно сказать, что наблюдается общая удовлетворенность качеством организации и образовательного процесса и здоровьесберегающей деятельности.

При приведении представленных выше результатов исследования уровня удовлетворенности потребностей основных субъектов здоровьесбережения к 10-балльной шкале K_{p3} образовательных организаций ФЭП на начальном этапе составил 5,81, на этапе становления – 6,12 и на этапе совершенствования – 6,19 балла. Общий прирост – 0,38 балла (рис. 4.15).

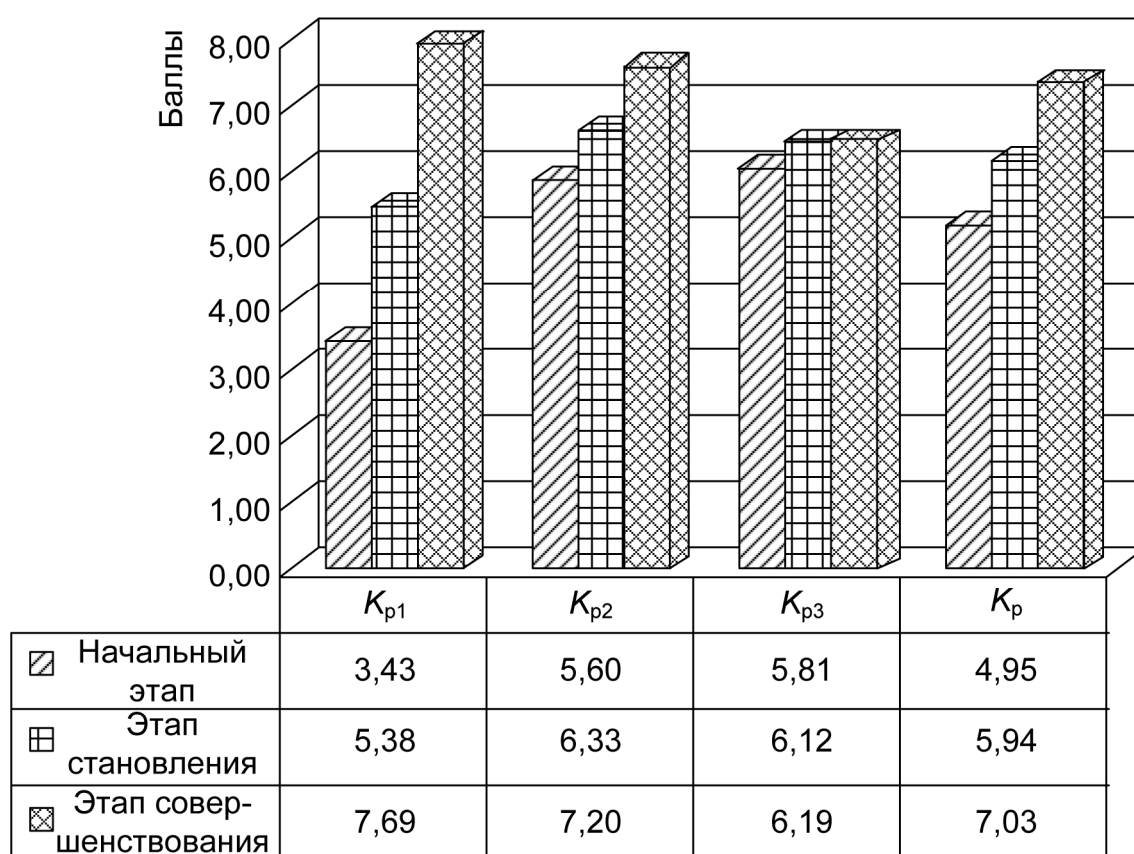


Рис. 4.15. Динамика изменения значений критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и его составляющих на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных учреждений ФЭП

Критерий качества результатов здоровьесберегающей деятельности на начальном этапе опытно-поисковой работы составлял 4,95, на этапе становления – 5,94 и на этапе совершенствования – 7,03 балла. Общий прирост составил 2,08 балла (см. рис. 4.15).

2. Критерий качества условий здоровьесберегающей деятельности.

Критерий качества условий здоровьесберегающей деятельности на начальном этапе опытно-поисковой работы составлял 3,22, на этапе становления – 5,26 и на этапе совершенствования – 8,26 балла. Общий прирост – 5,05 балла (рис. 4.16).

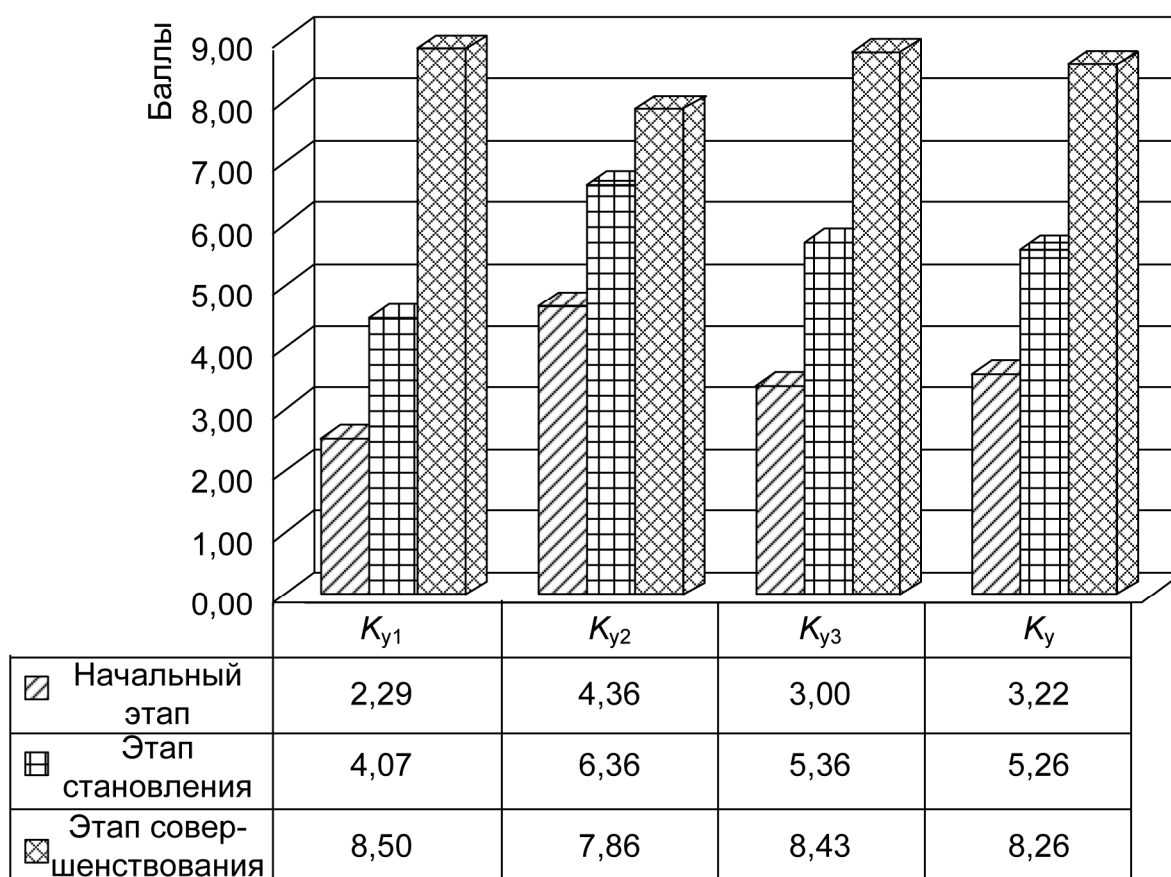


Рис. 4.16. Динамика изменения значений критерия качества условий здоровьесберегающей деятельности и его составляющих на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

Изначально низкими (на первом этапе опытно-поисковой деятельности) были показатели качества управления здоровьесберегающей деятельностью (K_{y1}), что обуславливалось, прежде всего, сопротивлением нововведениям и низким уровнем интегрированности и взаимодействия основных специалистов, задействованных в здоровьесбережении. Уровень реализации основных принципов системы качества здоровьесбе-

регающей деятельности во всех образовательных организациях оценивался как низкий (не более 3 баллов по 10-бальной шкале), что в большей части проявлялось отсутствием системы ключевых процессов (основных направлений здоровьесбережения): процессы не были описаны, их взаимосвязи не были показаны; критерии эффективности не имели связи с общей целью здоровьесбережения, часто были оторваны от нее и затруднительны в количественных измерениях; мониторинг процессов не проводился. Низкие показатели отмечались по всем моментам структуризации направлений здоровьесбережения. Определенный вклад внесли низкие значения уровня рациональности образовательного процесса, прежде всего, по объему учебной нагрузки и уровню двигательной активности.

В соответствии с имеющимися возможностями образовательные организации сумели выйти на этап совершенствования со средними и высокими показателями по данному коэффициенту.

3. Критерий качества процессов здоровьесберегающей деятельности.

Критерий качества процессов здоровьесберегающей деятельности ($K_{\text{п}}$) на начальном этапе опытно-поисковой деятельности составлял 4,50, на этапе становления – 5,15 и на этапе совершенствования – 6,12 балла. Общий прирост – 1,62 балла (рис. 4.17).

Основными трудностями, обусловившими низкие показатели при оценке качества процессов здоровьесберегающей деятельности по направлению медицинского и санитарно-гигиенического сопровождения образовательного процесса ($K_{\text{пл}}$) стали: 1) формальное отношение к выявлению факторов риска для здоровья и к разработке предупреждающих и корректирующих действий, соответствующих выявленным факторам; 2) формальность в организации и проведении врачебно-педагогических наблюдений во время занятий физической культурой; 3) недостаточность (содержательная, учебно-методическая и технологическая) санитарно-гигиенического просвещения субъектов образовательного процесса, что заключалось, прежде всего, в невладении лекторами (медицинскими работниками) педагогическими образовательными технологиями, соответственно, внимание акцентировалось преимущественно на знаниевой составляющей, при этом возрастные особенности аудитории учитывались недостаточно.

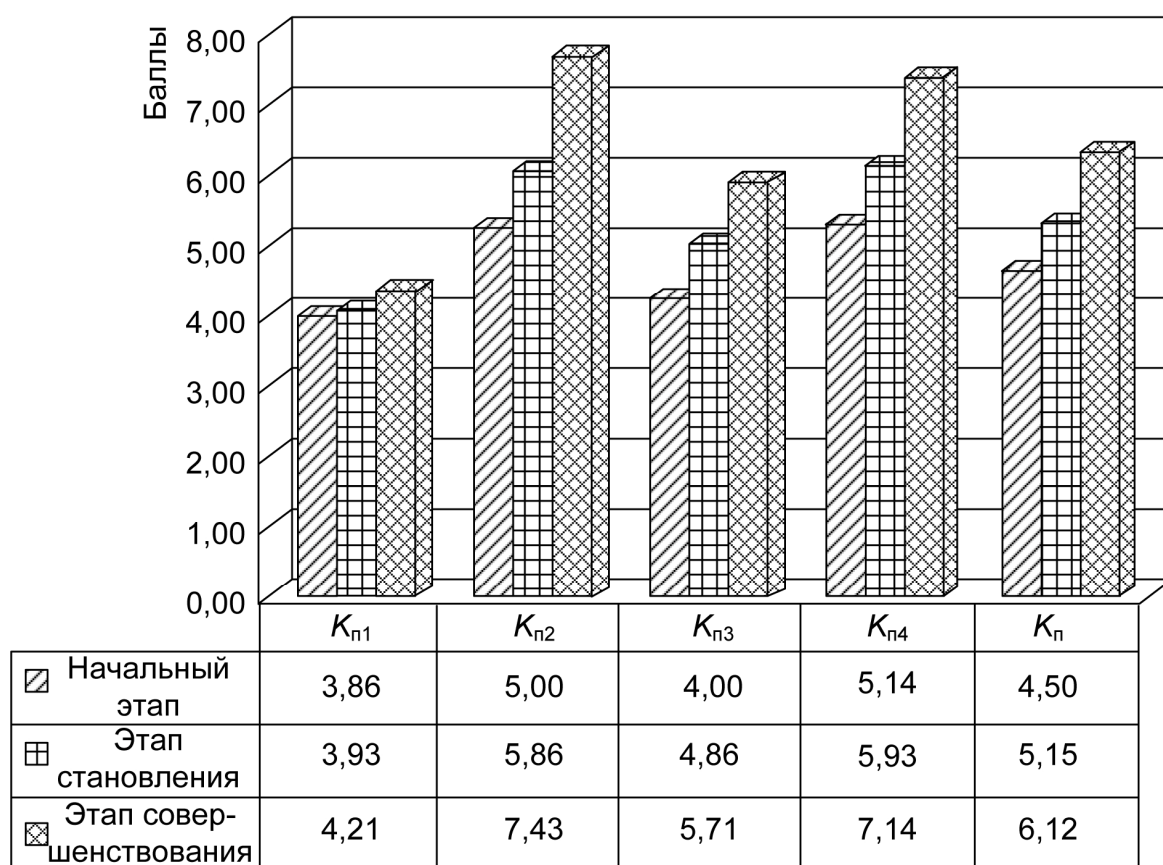


Рис. 4.17. Динамика изменения значений критерия качества процессов здоровьесберегающей деятельности и его составляющих на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

В отношении формирования здоровьесберегающей личностной позиции у субъектов образовательного процесса педагогическими средствами ($K_{п2}$) затруднения первоначально были связаны преимущественно с обеспечением рациональности образовательного процесса. Однако имеющийся у сотрудников потенциал, уровень профессионализма и направленность образовательного процесса на сохранение и укрепление здоровья обучающихся позволили получить наилучшие результаты по всем процессам здоровьесбережения и обеспечить достижение общей цели здоровьесберегающей деятельности – формирование готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности.

В реализации физкультурно-оздоровительного сопровождения образовательного процесса ($K_{п3}$) основные проблемы заключались в организации оздоровительной и лечебной физической культуры для обучающихся в соответствии с медицинскими показаниями, проведения врачебно-педагогических наблюдений во время занятий физической культурой. Не смотря на систематическое выявление низкого уровня физической подготовленности обучающихся, разработка и реализация пре-

дупреждающих и корректирующих действий зачастую осуществлялись формально. Настоящие факторы обусловили низкие показатели по данному направлению здоровьесберегающей деятельности.

Проблемы, возникавшие при реализации психолого-педагогического сопровождения ($K_{п4}$), были обусловлены в основном отсутствием штатного психолога в организации и заключались в затруднении выявления детей, оказавшихся в сложных жизненных ситуациях, и обеспечении их индивидуального сопровождения, что сказывалось на показателях социального благополучия и уровня личностной устойчивости обучающихся.

В целом, в соответствии с данными, полученными в ходе опытно-поисковой работы, по всем направлениям здоровьесберегающей деятельности констатируется положительный прирост.

Таким образом, *интегративный критерий качества здоровьесберегающей деятельности* (K_3) на начальном этапе опытно-поисковой деятельности составлял 4,22, на этапе становления – 5,45 и на этапе совершенствования – 7,14 балла. Общий прирост – 2,91 балла (рис. 4.18).

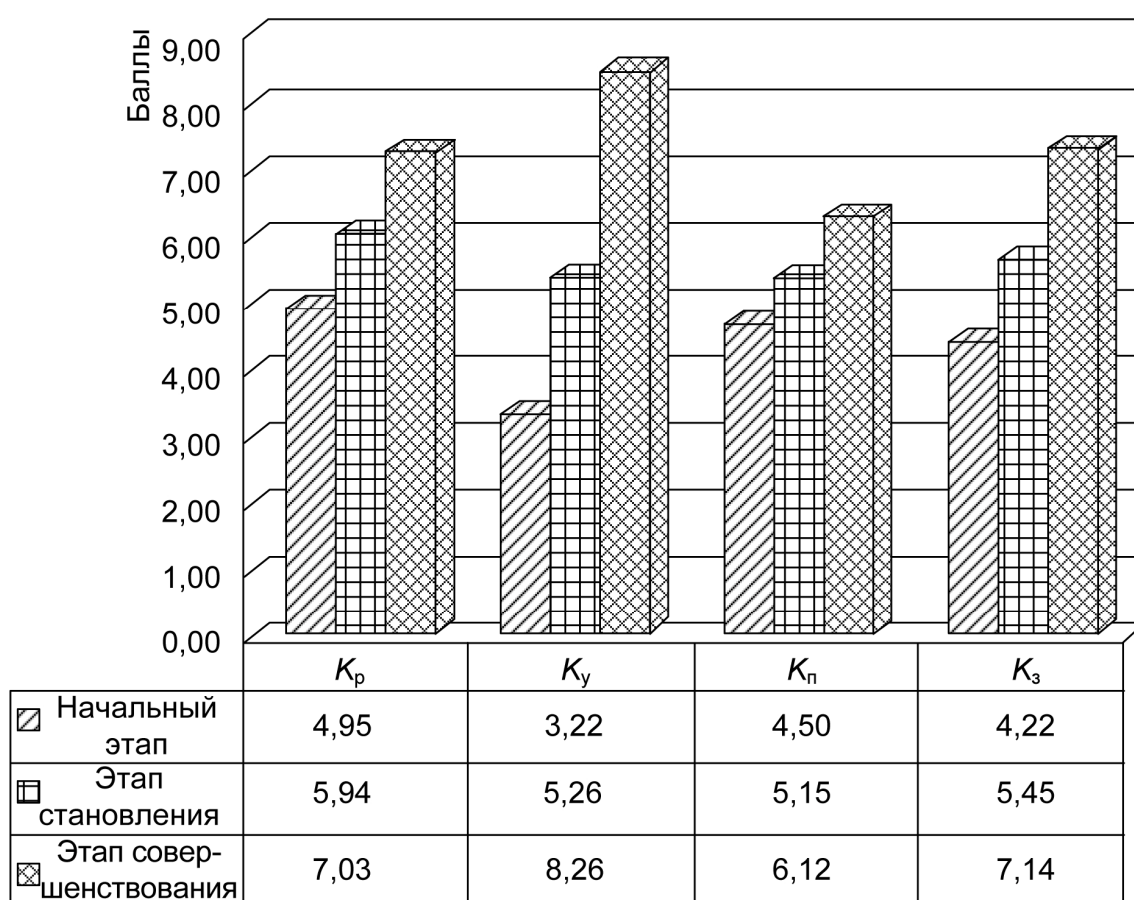


Рис. 4.18. Динамика изменения значений критерия качества здоровьесберегающей деятельности и его составляющих на разных этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций ФЭП

Корреляционный анализ позволил выявить очень высокую зависимость между значениями критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значениями критерия качества условий здоровьесберегающей деятельности: коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,848$ ($p < 0,001$) (рис. 4.19).

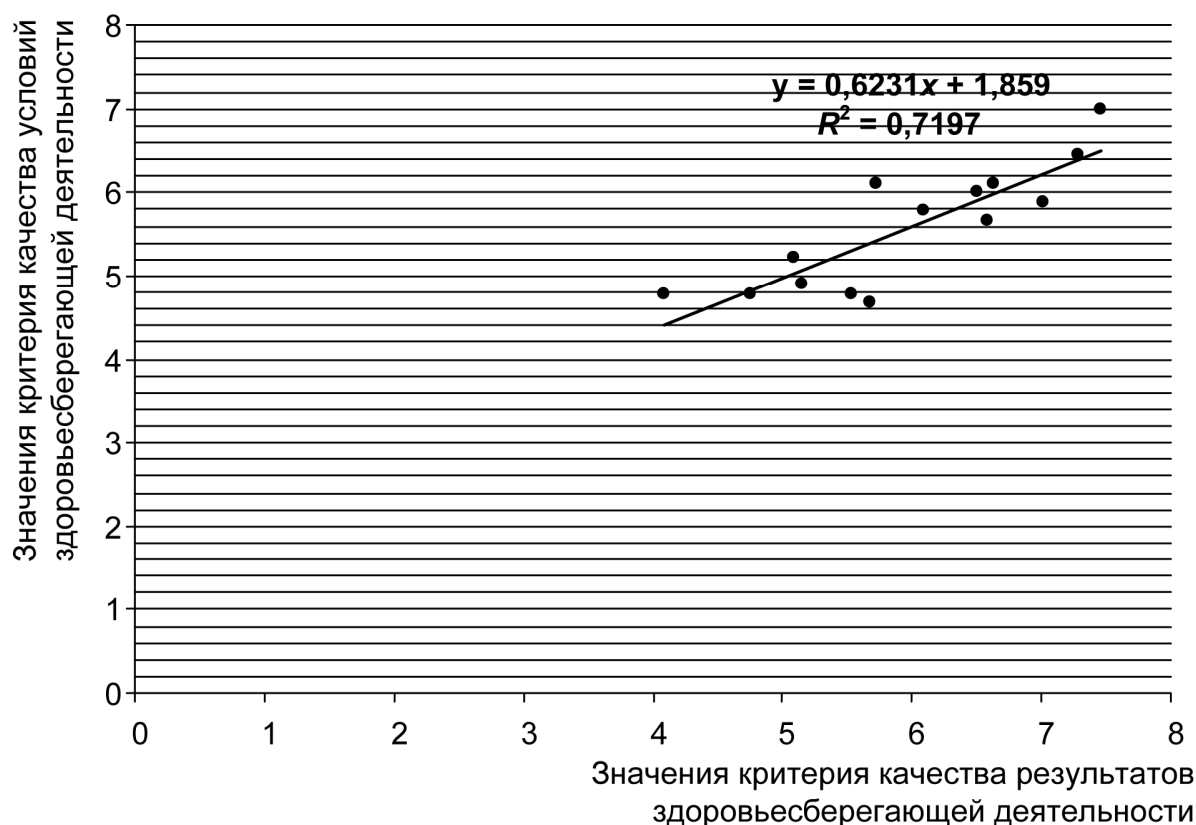


Рис. 4.19. Вид корреляционной зависимости между значениями критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значениями критерия качества условий здоровьесберегающей деятельности

Полученные данные подтверждают существование установленного ранее высокого влияния организационно-педагогических условий, а именно наличия соответствующей системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, на формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, готовности у них к здоровьесориентированной деятельности – целевому ориентиру и основному результату здоровьесберегающей деятельности.

Умеренная зависимость проявляется между значениями критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значе-

ниями критерия качества процессов здоровьесберегающей деятельности: коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,358$ ($p < 0,05$) (рис. 4.20).

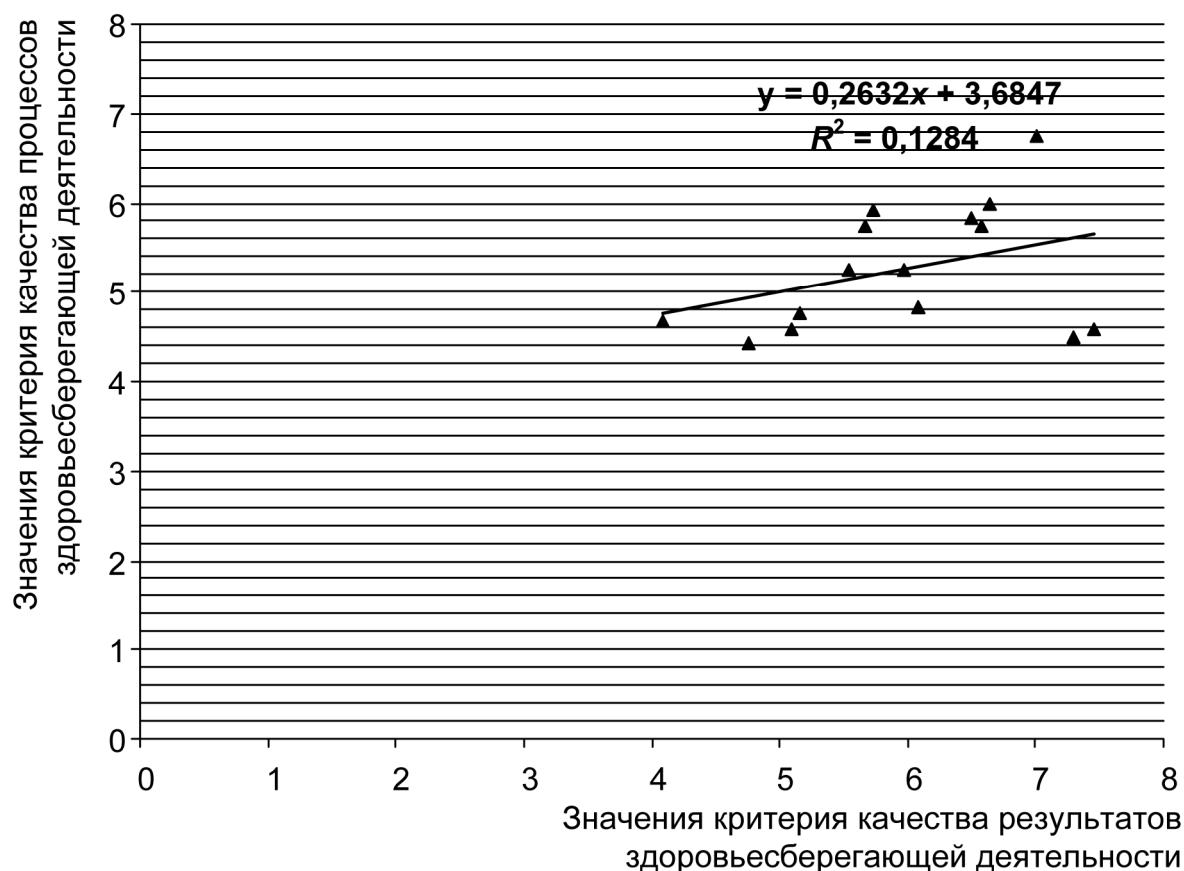


Рис. 4.20. Вид корреляционной зависимости между значениями критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значениями критерия качества процессов здоровьесберегающей деятельности

Таким образом, результаты опытно-поисковой деятельности показали, что эффективность деятельности образовательных организаций в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, основным показателем которой выступает уровень готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, в значительной мере зависит именно от уровня организации и управления здоровьесберегающей деятельностью – ключевых составляющих организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесбережения.

Проведенное исследование позволило установить следующие закономерные связи: 1) сохранение здоровья обучающихся зависит от уровня их готовности к здоровьесориентированной деятельности; 2) формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной дея-

тельности возможно в условиях всесторонней, комплексной, систематичной и непрерывной здоровьесберегающей деятельности; 3) эффективность здоровьесбережения зависит от обеспечения постоянного системного учета интересов субъектов здоровьесберегающей деятельности и постоянного улучшения работы образовательной организации в области охраны и укрепления здоровья обучающихся при лидирующей роли управления и вовлечении в данную сферу деятельности всех участников образовательного процесса, системообразующим фактором и результатом которой является формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Таким образом, опытно-поисковая работа по реализации технологии обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности позволила получить следующие результаты.

1. Определены педагогические условия формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности.

Рассматривая *педагогические условия как совокупность взаимосвязанных влияний в образовательном процессе, обеспечивающих успешность формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности*, мы разделяем их на внешние (нормативно-правовые, средовые и организационно-педагогические) и внутренние (личностные):

1) *Нормативно-правовые условия* – условия, создающие наряду с существующей макросоциальной микросоциальную базу для осуществления процесса формирования у обучающихся готовности к здоровьесориентированной деятельности. Основу данной базы составляют нормативно-правовые документы федерального, регионального, муниципального и иных уровней, выступающие основанием для осуществления образовательной организацией здоровьесберегающей деятельности. Соответственно, обязательным условием и технологией, обеспечивающей данный уровень, должна стать разработка каждой образовательной организацией локальных нормативных документов (положения о здоровьесберегающей деятельности, приказы, распоряжения, должностные инструкции и др.), позволяющих не только регламентировать деятельность по охране здоровья обучающихся, но и возложить ответственность за ее осуществление на конкретных сотрудников.

2) *Средовые условия* – соответствующие санитарно-гигиенические условия образовательной среды, соблюдение которых обеспечи-

вадет обучающимся благоприятные и безопасные для здоровья условия обучения; соответствующее кадровое обеспечение, предполагающее наличие системы непрерывного образования педагогов в области здоровьесбережения. Первая группа ресурсных условий подлежит строгому государственному нормированию и контролю. Критерием их обеспечения является соответствие образовательной среды организации требованиям СанПиНов, а технологией – рациональная организация образовательного процесса, т. е. предотвращение у обучающихся перегрузок и перенапряжений, что является основой успешного обучения и сохранения здоровья.

Критерием второй группы условий выступает уровень здоровьесберегающей компетентности педагогических работников организации: мотивационно-ценностный (приоритетность ценности здоровья), когнитивный (система знаний, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по сохранению и укреплению здоровья, по формированию готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности) и инструментально-деятельностный (профессиональная деятельность по обеспечению процесса формирования готовности к здоровьесориентированной деятельности). Соответственно, дополняет технологии обеспечения данного уровня наличие в организации системы повышения квалификации, направленной на формирование здоровьесберегающей компетентности педагогических кадров. При этом *здоровьесберегающую компетентность* следует рассматривать как *интегральную профессионально значимую способность личности к организации педагогической деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, которая основана на индивидуальной культуре здоровья и проявляется в совокупности теоретических знаний о здоровье, практическом опыте и навыках здоровьесбережения, готовности к формированию здорового образа жизни, здоровьесберегающей личностной позиции участников образовательного процесса.*

3) *Организационно-педагогические условия* – соответствующие организационно-управленческие структуры и механизмы системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Обеспечение данных условий предусматривает обновление существующей системы здоровьесбережения: построение службы здоровья либо проведение структуризации основных направлений здоровьесбережения с выделением ключевых процессов и назначением ответственных за каждый про-

цесс лиц. Учитывая межведомственную разобщенность и разносторонность специализации сотрудников, важно обеспечить эффективное взаимодействие руководителей структурных подразделений посредством поэтапного формирования управленческой команды службы здоровья в соответствии с принципами конструирования и развития малой группы, где главными условиями выступают систематическое согласование целей, ценностей, действий, а также интегрированность отдельных функций в общую систему управленческого взаимодействия.

4) *Личностные условия* – условия, обеспечивающие достижение соответствующего уровня личностной направленности обучающихся, их мотивации к личностному развитию (саморазвитию, самосовершенствованию) в сохранении и укреплении здоровья. Обеспечение данных условий связано с активацией здоровьесберегающего потенциала личности, отраженного в способностях его наращивания и расходования. Формирование здоровьесберегающего потенциала происходит в различном темпе по индивидуальным траекториям движения, векторам (метапознавательные способности, здоровьесберегающая установка и здоровьесберегающая компетентность). Каждый вектор обладает дихотомией, направленностью, динамикой и основан на механизмах наращивания и деформации. Технологии обеспечения данного уровня заключаются в развитии здоровьесберегающего потенциала обучающихся в заданных векторами направлениях и с учетом текущего периода онтогенеза.

Деятельность образовательной организации по соблюдению обозначенных условий позволяет в целом обеспечить результативность и качество здоровьесбережения. Что подтверждается практической апробацией обозначенных положений в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов.

2. Представлены механизмы управления качеством здоровьесберегающей деятельности в контексте процессного подхода.

Достижение наивысших результатов в удовлетворении запросов потребителей здоровьесберегающей деятельности (обучающихся, родителей/законных представителей, педагогических работников и иных субъектов здоровьесбережения) при минимальном использовании ресурсов и постоянном улучшении результатов является основной целью здоровьесберегающей деятельности образовательной организации в отношении ее качества.

Механизмы качества здоровьесбережения исследованы в соответствии с классическими компонентами совершенствования качества: результатами (индикаторами удовлетворенности потребителей), процессами (инструментами для достижения результатов, которые должны тщательно контролироваться и оцениваться) и системой управления качеством (основой, на которой строятся процессы и их результаты). Соответственно, на пути удовлетворения требований потребителей здоровьесберегающей деятельности важно учесть данные составляющие совершенствования качества.

Во-первых, компонент совершенствования качества – *результаты*, которые должны соответствовать достаточной степени удовлетворенности потребителей. В этой связи важно учитывать иерархию потребностей конкретных людей, представляющих ту или иную группу потребителей, и вести систематический учет степени их удовлетворенности.

Во-вторых, компонент совершенствования качества – *процессы*, которые должны тщательно контролироваться, что позволит предотвращать несоответствия и предвидеть результаты. Такая стратегия предусматривает регулярный сбор сведений о процессах, их анализе с целью предприятия эффективных действий по отношению к результативности процесса. В связи с чем важно применять соответствующие инструменты контроля – статистические методы контроля качества (контрольный листок; причинно-следственная диаграмма (диаграмма Исикавы); гистограмма; диаграмма рассеивания; метод раскладывания; анализ Парето; контрольные карты (карты Шухарта)). Универсальность данных методов контроля качества позволяет широко использовать их и в оценке здоровьесберегающей деятельности. Именно статистические методы дают объективную основу для анализа, помогая описывать данные, полученные в ходе измерений, делать выводы в отношении больших массивов сведений и изучать причинные зависимости. Представленные в исследовании наглядные методы оценки и анализа процессов при всей своей простоте сохраняют связь со статистикой и дают возможность как исполнителям здоровьесберегающей деятельности, так и руководителям образовательных организаций пользоваться их результатами. Они обеспечивают руководству понимание сложных ситуаций и позволяют облегчить задачу управления качеством здоровьесберегающей деятельности, вырабатывая оптимальные решения в кратчайшие сроки.

В-третьих, компонент совершенствования качества – *система управления качеством здоровьесберегающей деятельности*, являющаяся фундаментом для развития, эффективного функционирования и управления как отдельными процессами, так и всей деятельностью в целом.

3. Проведен анализ результатов комплексной оценки эффективности применения технологий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности.

Комплексная оценка эффективности реализации технологий обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности осуществлялась в соответствии со структурой компонентов качества образования: 1) качество результатов здоровьесберегающей деятельности; 2) качество условий здоровьесберегающей деятельности; 3) качество процессов здоровьесберегающей деятельности. Иерархия критериев каждого из компонентов была отражена в соответствующей системе показателей.

Результатом опытно-поисковой деятельности стал положительный прирост по всем выделенным компонентам качества здоровьесберегающей деятельности. Выявлена очень высокая зависимость между значениями качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значениями критерия качества условий здоровьесберегающей деятельности и умеренная зависимость между значениями критерия качества результатов здоровьесберегающей деятельности и значениями критерия качества процессов здоровьесберегающей деятельности. Полученные данные подтверждают высокую степень влияния организационно-педагогических условий, а именно наличия соответствующей системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, на формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, готовности у них к здоровьесориентированной деятельности – целевому ориентиру и основному результату здоровьесберегающей деятельности.

Заключение

Изучение накопленного научного знания о деятельности образовательных организаций в области охраны и укрепления здоровья обучающихся позволило выделить ряд противоречий, препятствующих обеспечению качества данной деятельности. Противоречия обусловлены различными пониманиями целей и задач здоровьесберегающей деятельности, подходами к их решению и обобщены в ключевом социально-педагогическом противоречии между потребностями личности и общества в повышении эффективности и качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, с одной стороны, и невозможностью системы образования обеспечить удовлетворение данных потребностей в связи с недостаточной разработанностью целостных теоретико-методологических, содержательно-процессуальных и организационно-педагогических основ его обеспечения в условиях функционирования современных образовательных организаций, с другой стороны.

Отмеченное ключевое противоречие и связанные с ним проблемы имеют место из-за неполного отражения педагогикой самой сущности качества здоровьесберегающей деятельности, обуславливающей логику и технологию процесса его обеспечения в условиях образовательной организации. Имеющиеся множественные толкования и определения касаются характеристик здоровьесберегающей деятельности, являющихся преимущественно результатом эмпирических обобщений, и практически не затрагивают качественную составляющую данного рода деятельности.

Между тем, описание сущности качества здоровьесберегающей деятельности должно включать идеи, принципы, содержание, методы и технологии, одновременно касающиеся организации и управления и данным процессом, и его педагогическим обеспечением. По сути, речь идет об организационно-педагогических основах развития здоровьесберегающей деятельности как совокупности взаимосвязанных между собой структурно-управленческих и содержательно-технологических идей, принципов и условий, обеспечивающих достижение здоровьесберегающих целей и реализацию потребностей личности и об-

щества в повышении эффективности и качества деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья детей, подростков и учащейся молодежи в изменяющихся социально-педагогических условиях.

Нами выдвинуто предположение, что решение проблем обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности лежит в плоскости создания его целостных и концептуальных организационно-педагогических основ, в рамках которых оно может быть объяснено и спроектировано.

Теоретико-методологический анализ подходов к исследуемой проблеме показал, что наиболее плодотворным направлением разработки организационно-педагогических основ обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности является исследование в контексте гуманистической образовательной парадигмы. В соответствии с этим определены подходы к изучению поставленной проблемы: системно-деятельностный, процессный и системный. С учетом данных подходов и имеющихся результатов исследований по проблемам здоровьесбережения разработаны организационно-педагогические основы обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности, представленные в форме целостной теории. Ядром теории является концепция формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности как системообразующего фактора и результата здоровьесберегающей деятельности, поскольку сохранение здоровья как определяющее условие развития и саморазвития человека детерминировано степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и зависит от уровня готовности личности к здоровьесориентированной деятельности.

В соответствии с целями и задачами работы детально раскрыты компоненты теории обеспечения качества здоровьесбережения: методологические основания, понятийно-категориальный аппарат, принципы и механизмы.

Результаты описанной в работе опытно-поисковой деятельности подтверждают разработанные теоретические положения. Следовательно, закономерен общий вывод: разработанные организационно-педагогические основы обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности отвечают интересам личности, государства и общества,

могут служить базой для развития здоровьесбережения в современных условиях и определять направления фундаментальных и прикладных исследований по проблемам данного вида образовательной деятельности.

Таким образом, настоящая работа является попыткой внести определенный вклад в формирование теории обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности, отсутствие которой затрудняет использование результатов педагогических исследований в практике развития деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья детей, подростков и учащейся молодежи. Вместе с тем, проведенное исследование не исчерпывает всех аспектов рассматриваемой проблемы и не претендует на полноту изучения и освещения всех сторон обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности.

Библиографический список

1. *Адлер Ю. П.* Чего нет в восьми принципах, но без чего нет смысла в стандартах ИСО 9000:2000 / Ю. П. Адлер // Стандарты и качество. 2001. № 11. С. 86–87.
2. *Адлер Ю. П.* Что нам стоит процесс построить? / Ю. П. Адлер, С. Е. Щепетова // Методы менеджмента качества. 2002. № 6. С. 4–8.
3. *Адриади И. П.* Здоровьесбережение и современные подходы к внедрению здоровьесберегающих моделей в образовательное пространство высшей школы / И. П. Адриади, Л. С. Елькова // Педагогическое образование и наука. 2009. № 2. С. 13–22.
4. *Анализ* положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей: совместный доклад Независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/b6e>.
5. *Андерсен Б.* Бизнес-процессы: методы совершенствования / Б. Андерсен; пер. с англ. С. В. Ариничева; науч. ред. Ю. П. Адлер. Москва: Стандарты и качество, 2007. 272 с.
6. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы. Избранные труды / П. К. Анохин. Москва: Наука, 1978. 399 с.
7. *Апанасенко Г. Л.* Индивидуальное здоровье: теория и практика / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. Киев: Медкнига, 2011. 108 с.
8. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. Москва: Медицина, 1979. 295 с.
9. *Базарный В. Ф.* Деструктивные влияния современного учебного процесса на телесное здоровье ребенка / В. Ф. Базарный // Школьные технологии. 2004. № 3. С. 17–22.
10. *Барабанова О. А.* Семь методов качества / О. А. Барабанова, В. А. Васильев, С. А. Одинокое. Москва: Изд-во Инновац. технол. центра МАТИ–РГТУ им. Циолковского, 2001. 75 с.
11. *Бедрина С. Л.* Опыт выделения бизнес-процессов в вузе / С. Л. Бедрина [и др.] // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд: сборник материалов 1-й Международной научно-практической конференции: в 2 частях / под общ. ред. С. С. Чернова. Новосибирск: Сибпринт, 2010. Ч. 1. С. 142–152.
12. *Безруких М. М.* Здоровьесберегающая образовательная среда / М. М. Безруких // Человек и образование. 2012. № 2 (31). С. 10–16.

13. *Березовская Р. А.* Отношение к здоровью / Р. А. Березовская, Г. С. Никифоров // Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Питер, 2003. С. 275–291.
14. *Большой психологический словарь* / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. Москва: АСТ, 2009. 816 с.
15. *Бордовский Г. А.* Управление качеством образовательного процесса / Г. А. Бордовский, А. А. Нестерова, С. Ю. Трапинин. Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. 358 с.
16. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. Ленинград: Наука, 1987. 125 с.
17. *Булат Р. Е.* Управление качеством профессиональной подготовки в военно-технических вузах: диссертация ... доктора педагогических наук / Р. Е. Булат. Санкт-Петербург, 2010. 354 с.
18. *Бусыгин А. Г.* Двойная спираль жизни, здоровья и базовых потребностей: философский трактат (Десмозкология–2) / А. Г. Бусыгин. Ульяновск: Ульяновский дом печати, 2008. 136 с.
19. *Бутакова О. А.* Теория и дидактика непрерывного здоровьесформирующего образования в системе повышения квалификации: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / О. А. Бутакова. Оренбург, 2010. 48 с.
20. *Вазина К. Я.* Модель саморазвития человека: монография / К. Я. Вазина. Нижний Новгород: Изд-во ВПИ, 1999. 256 с.
21. *Варшава Б. Е.* Психологический словарь / Б. Е. Варшава, Л. С. Выготский. Москва: Тропа Троянова, 2008. 264 с.
22. *Васильков Ю. В.* Управление процессами / Ю. В. Васильков // Методы менеджмента качества. 2008. № 5. С. 8–11.
23. *Вебер М.* Избранные произведения / М. Вебер. Москва: Прогресс, 1990. 808 с.
24. *Веретенцев Д. В.* Система процессного управления организацией: предпосылки возникновения, этапы формирования и типичные ошибки при внедрении / Д. В. Веретенцев // Менеджмент в России и за рубежом. 2010. № 1. С. 12–18.
25. *Вершинина Л. М.* Формирование управленческой команды как условие продуктивной деятельности гимназии: диссертация ... кандидата педагогических наук / Л. М. Вершинина. Санкт-Петербург, 2001. 146 с.
26. *Винер Н.* Кибернетика, или Управление и связь в животном и машине: перевод с английского / Н. Винер. 2-е изд. Москва: Наука, 1983. 344 с.

27. *Всеобщий менеджмент качества* / под общ. ред. С. А. Степанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ «ЛЭТИ», 2001. 200 с.
28. *Герасимов Е. Ю.* Разработка системы бизнес-процессов для поддержания сбалансированной системы показателей / Е. Ю. Герасимов // *Методы менеджмента качества*. 2007. № 3. С. 12–20.
29. *Гигиеническая оценка условий обучения школьников* / сост. Н. В. Анисимова, Е. А. Каралашвили. Москва: Сфера, 2002. 48 с.
30. *Гласс Дж.* Статистические методы в педагогике и психологии / Дж. Гласс, Дж. Стенли; пер. с англ. Л. И. Хайрусовой; общ. ред. Ю. П. Адлера. Москва: Прогресс, 1976. 495 с.
31. *Горбунов А. В.* Аудит процессов или аудит подразделений? / А. В. Горбунов // *Методы менеджмента качества*. 2007. № 1. С. 15–18.
32. *ГОСТ Р 50779.42–99 (ИСО 8258–91).* Статистические методы. Контрольные карты Шухарта. Москва: Изд-во стандартов, 1999. 31 с.
33. *ГОСТ Р ИСО 9000–2008.* Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. Москва: Изд-во стандартов, 2008. 26 с.
34. *ГОСТ Р ИСО 9001–2001.* Системы менеджмента качества. Требования. Москва: Изд-во стандартов, 2001. 21 с.
35. *Граничина О. А.* Контроль качества образовательного процесса в контексте управления вузом: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / О. А. Граничина. Санкт-Петербург, 2009. 41 с.
36. *Гридина Л. В.* Элементы управления качеством образовательных услуг вуза и процессный подход / Л. В. Гридина // *Управление качеством в вузе*. 2011. № 1. С. 64–70.
37. *Деминг Э.* Новая экономика: перевод с английского / Э. Деминг. Москва: Эксмо, 2006. 208 с.
38. *Диагностика здоровья.* Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Речь, 2011. 950 с.
39. *Долгих П. П.* Проектирование системы менеджмента качества продукции. Управление процессами / П. П. Долгих. Москва: Лаборатория книги, 2010. 96 с.
40. *Ефремова Т. Ф.* Современный толковый словарь русского языка: в 3 томах / Т. Ф. Ефремова. Москва: Астрель, 2006. Т. 1. 1168 с.
41. *Журавлев А. Л.* Групповая рефлексивность: основные подходы и перспективы исследований / А. Л. Журавлев // *Знание. Понимание. Умение*. 2011. № 3. С. 212–221.

42. *Журавлева Н. А.* Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе: монография / Н. А. Журавлева. Москва: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2006. 335 с.

43. *Загвязинский В. И.* Здоровье участников образовательного процесса: научное издание / В. И. Загвязинский, В. М. Чимаров. Ханты-Мансийск: Вектор Бук, 2004. 92 с.

44. *Загвязинский В. И.* Методология и методы психолого-педагогического исследования / В. И. Загвязинский, Р. Атаханов. 4-е изд., стер. Москва: Академия, 2007. 208 с.

45. *Зацепина Л. В.* Процессный подход в управлении здоровьесберегающей деятельностью общеобразовательных учреждений: диссертация ... кандидата педагогических наук / Л. В. Зацепина. Москва, 2010. 170 с.

46. *Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие / Э. М. Казин [и др.].* 3-е изд., перераб. Москва: Омега-Л, 2013. 443 с.

47. *Иванюшкин А. Я.* «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Валеология. 1982. № 1. С. 49–58.

48. *Ивлев В. Л.* Реорганизация деятельности предприятий: от структурной к процессной организации / В. Л. Ивлев, Т. В. Попова. Москва: Научтехполитиздат, 2000. 281 с.

49. *Ильин В. С.* Формирование личности школьника / В. С. Ильин. Москва: Педагогика, 1984. 144 с.

50. *Ирхин В. Н.* Управление системой здоровьесберегающего образования в школе / В. Н. Ирхин // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 17–25.

51. *Казин Э. М.* Основы индивидуального здоровья человека / Э. М. Казин, Н. Г. Блинова, Н. А. Литвинова. Москва: Владос, 2000. 190 с.

52. *Кальней В. А.* Технология мониторинга качества обучения в системе «учитель – ученик»: методическое пособие для учителя / В. А. Кальней, С. Е. Шишов. Москва: Педагогическое общество России, 1999. 89 с.

53. *Карибьянц Л. В.* Педагогические условия управления персоналом в современных организациях: диссертация ... кандидата педагогических наук / Л. В. Карибьянц. Санкт-Петербург, 2003. 191 с.

54. Качалов В. А. Проблемы управления качеством в вузах: заметки менеджера по качеству / В. А. Качалов // Стандарты и качество. 2000. № 12. С. 82–87.

55. Ким С. В. Валеологическое обеспечение гимназического образования: диссертация ... кандидата педагогических наук / С. В. Ким. Санкт-Петербург, 2001. 126 с.

56. Коджаспирова Г. М. Словарь по педагогике / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. Москва: МарТ, 2005. 448 с.

57. Колбанов В. В. Валеологическая служба образовательной системы Санкт-Петербурга / В. В. Колбанов // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара. Санкт-Петербург: Изд-во СПбАППО, 2000. С. 3–9.

58. Колбанов В. В. Ретроспектива / В. В. Колбанов. Санкт-Петербург: Нестор-История, 2013. 220 с.

59. Колесникова М. Г. Анализ направлений валеологической работы в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга / М. Г. Колесникова // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара. Санкт-Петербург: Изд-во СПбАППО, 2000. С. 43–45.

60. Концептуальные подходы к координации деятельности по сохранению и развитию здоровья субъектов образовательного процесса / Э. М. Казин [и др.] // Профессиональная компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: коллективная монография / под ред. Т. Н. Ле-ван; СибАК. Новосибирск, 2013. С. 112–131.

61. Коротаева Л. А. Организация системы валеологической службы в школе как условие формирования физически и духовно здоровой личности: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Л. А. Коротаева. Казань, 1997. 22 с.

62. Красношлыкова О. Г. Развитие профессионализма работников образовательных учреждений / О. Г. Красношлыкова, Т. Н. Бугеро. Москва: Изд-во АПКИПРО, 2004. 40 с.

63. Круглов М. Г. Менеджмент качества как он есть / М. Г. Круглов, Г. М. Шишов. Москва: Эксмо, 2006. 544 с.

64. Кучма В. Р. Гигиенические проблемы школьных инноваций / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, М. И. Степанова. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2009. 240 с.

65. *Ле-ван Т. Н.* Педагогические технологии формирования здорового образа жизни / Т. Н. Ле-ван, Н. Н. Нежкина // Начальная школа плюс до и после. 2012. № 10. С. 91–95.

66. *Ле-ван Т. Н.* Управленческие функции педагога в области охраны и укрепления здоровья с позиций анализа современной нормативно-правовой базы [Электронный ресурс] / Т. Н. Ле-ван // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 3. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/103-6398>.

67. *Левшина В. В.* Формирование системы менеджмента качества вуза: монография / В. В. Левшина, Э. С. Бука. Красноярск: Изд-во Сиб. гос. тех. ун-та, 2004. 324 с.

68. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. 2-е изд. Москва: Политиздат, 1977. 304 с.

69. *Лищук В. А.* Основы здоровья. Актуальные задачи, решения, рекомендации: обзор / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. Москва: Медицина, 1994. 301 с.

70. *Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. Москва: Наука, 1984. 444 с.

71. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: монография / А. Г. Маджуга, И. А. Синицина. Москва: Лого, 2014. 508 с.

72. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающее образование: теория, методология, практика: монография / А. Г. Маджуга. Уфа: РИО РУНМЦ, 2010. 300 с.

73. *Малярчук Н. Н.* Здоровьесозидающая деятельность педагога / Н. Н. Малярчук // Человек и образование. 2011. № 3 (28). С. 28–31.

74. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспект): диссертация ... доктора педагогических наук / Н. Н. Малярчук. Тюмень, 2009. 388 с.

75. *Масленникова С. Ф.* Ценности и ценностные отношения студентов технического вуза / С. Ф. Масленникова // Образование и наука. 2010. № 9 (71). С. 33–39.

76. *Маслоу А.* Мотивация и личность: перевод с английского / А. Маслоу. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 352 с.

77. *Маткивский Р. А.* Управление здоровьем школьников на основе здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений: автореферат диссертации ... доктора медицинских наук / Р. А. Маткивский. Москва, 2009. 46 с.

78. *Менеджмент систем качества: учебное пособие* / М. Г. Круглов [и др.]. Москва: Изд-во стандартов, 1997. 368 с.

79. *Методические рекомендации по внедрению типовой модели системы качества образовательного учреждения* / В. В. Азарьева [и др.]. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ, 2006. 408 с.

80. *Мильнер Б. З. Методы анализа и формирования организационных структур управления: опыт системного исследования* / Б. З. Мильнер // Системные исследования: методологические проблемы: ежегодник / Акад. наук СССР. Москва: Наука, 1981. С. 109–134.

81. *Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>.

82. *Министерство образования и науки Российской Федерации* [Электронный ресурс]: официальный сайт. Режим доступа: <http://www.minobraz.ru>.

83. *Митина Л. М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога* / Л. М. Митина, Г. В. Митин, О. А. Анисимова; под общ. ред. Л. М. Митиной. Москва: Академия, 2005. 368 с.

84. *Модель межрегионального координационного совета по вопросам здоровьесбережения в образовании* / Т. Н. Леван [и др.] // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия «Педагогика и психология». 2014. № 2. С. 8–21.

85. *Моисеев А. М. Качество управления школой: каким оно должно быть* / А. М. Моисеев. Москва: Сентябрь, 2001. 160 с.

86. *Мясищев В. Н. Структура личности и отношения человека к действительности* / В. Н. Мясищев // Психология личности: в 2 томах / ред. и сост. Д. Райгородский. Самара: Бахрах-М, 2004. Т. 2. 223 с.

87. *Науменко Ю. В. Здоровьеформирующая функция образовательного процесса в школе: монография* / Ю. В. Науменко. Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2008. 368 с.

88. *Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.nczd.ru>.

89. *Немов Р. С. Психологические условия и критерии эффективности работы коллектива* / Р. С. Немов. Москва: Знание, 1982. 165 с.

90. *Немов Р. С. Психологический словарь* / Р. С. Немов. Москва: Владос, 2007. 560 с.

91. *Немова Н. В.* Организация функционирования и развития школы: методические рекомендации для руководителей школ / Н. В. Немова. Москва: Изд-во АПКПРО, 2001. 80 с.
92. *Обозов Н. Н.* Совместимость и срабатываемость людей / Н. Н. Обозов; Акад. психологии, предпринимательства и менеджмента. Санкт-Петербург: Облик, 2000. 211 с.
93. *Образование в цифрах: 2013: краткий статистический сборник* / Л. М. Гомберг [и др.]. Москва: Высшая школа экономики, 2013. 80 с.
94. *Ожегов С. И.* Словарь русского языка / С. И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова. 24-е изд., испр. Москва: Оникс XXI век: Мир и образование, 2005. 896 с.
95. *Окрепилов В. В.* Всеобщее управление качеством / В. В. Окрепилов. Санкт-Петербург: Изд-во СПб УЭФ, 1996. 454 с.
96. *Организация и оценка здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений* / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. Москва: Вариант, 2005. 583 с.
97. *Орехова Т. Ф.* Организация здоровьесберегающего образования в школе: монография / Т. Ф. Орехова. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2001. 350 с.
98. *Орехова Т. Ф.* Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования: монография / Т. Ф. Орехова. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2004. 352 с.
99. *Панасюк В. П.* Школа и качество: выбор будущего / В. П. Панасюк. Санкт-Петербург: Каро, 2003. 384 с.
100. *Панде П.* Что такое «шесть сигм»? Революционный метод управления качеством: перевод с английского / П. Панде, Л. Холп. 2-е изд. Москва: Альпина Бизнес Бук, 2005. 160 с.
101. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности / К. К. Платонов. Москва: Наука, 1986. 255 с.
102. *Полетаева Н. М.* Теоретические основы системы валеологического воспитания школьников: диссертация ... доктора педагогических наук / Н. М. Полетаева. Санкт-Петербург, 2001. 344 с.
103. *Полонский В. М.* Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. Москва: Высшая школа, 2004. 512 с.
104. *Пригожин А. И.* Современная социология организации / А. И. Пригожин. Москва: Интертракс, 1995. 296 с.

105. *Рассел Д. П.* Аудит процессов и методы его проведения / Д. П. Рассел // Методы менеджмента качества. 2007. № 5. С. 8–11.
106. *Резер Т. М.* Здоровьесбережение в профессиональной подготовке специалиста / Т. М. Резер. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005. 119 с.
107. *Репин В. В.* Процессный подход к управлению: моделирование бизнес-процессов / В. В. Репин, В. Г. Елиферов. Москва: Стандарты и качество, 2009. 404 с.
108. *Российский* статистический ежегодник. 2012: статистический сборник / Росстат. Москва: Изд-во Росстата, 2012. 786 с.
109. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 720 с.
110. *Рябова Е. В.* Формирование инструментария управления предприятием в современных экономических условиях / Е. В. Рябова // Вектор науки ТГУ. 2011. № 4 (18). С. 307–310.
111. *Сборник* методик диагностики состояния здоровья личности / сост. А. С. Москалева. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. пед. ун-та, 2007. 101 с.
112. *Семенов Л. А.* Основы мониторинга физической подготовленности школьников / Л. А. Семенов // Физическая культура в школе. 2010. № 5. С. 16–18.
113. *Сериков Г. Н.* Педагогика: в 2 книгах / Г. Н. Сериков. Москва: Владос. Кн. 1: Объект исследований. 2005. 440 с.
114. *Скрипко Л. Е.* Проблемы оценивания результативности процессов в СМК / Л. Е. Скрипко // Методы менеджмента качества. 2007. № 11. С. 28–34.
115. *Смирнов Н. К.* Руководство по здоровьесберегающей педагогике. Технологии здоровьесберегающего образования / Н. К. Смирнов. Москва: АРКТИ, 2008. 288 с.
116. *Современная* психология мотивации / под ред. Д. А. Леонтьева. Москва: Смысл, 2002. 343 с.
117. *Субетто А. И.* Система управления качеством в вузе (модель) / А. И. Субетто; под ред. Н. А. Селезневой. 2-е изд. Москва: Изд-во Исслед. центра пробл. качества подгот. специалистов, 2003. 25 с.
118. *Типовая* модель системы качества образовательного учреждения. Руководство по качеству / В. В. Азарьева [и др.]. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ «ЛЭТИ», 2009. 39 с.

119. *Третьякова Н. В.* Инновации в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений / Н. В. Третьякова // Качество. Инновации. Образование. 2013. № 8. С. 28–35.

120. *Третьякова Н. В.* Исследование состояния здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях Свердловской области / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2011. № 9 (79). С. 155–158.

121. *Третьякова Н. В.* Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров // Образование и наука. 2013. № 4. С. 112–132.

122. *Третьякова Н. В.* Методы контроля качества в оценке здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров // Университетское управление. 2014. № 1. С. 32–44.

123. *Третьякова Н. В.* Модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях / Н. В. Третьякова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2013. № 1. С. 115–119.

124. *Третьякова Н. В.* Нормативно-правовые основания обеспечения здоровья детей и подростков в учебном заведении / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2011. № 1 (71). С. 124–127.

125. *Третьякова Н. В.* Основы здоровьесбережения: практикум / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. 138 с.

126. *Третьякова Н. В.* Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: монография / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2009. 176 с.

127. *Третьякова Н. В.* Теоретические аспекты управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях: монография / Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2013. 128 с.

128. *Третьякова Н. В.* Управление здоровьесберегающей деятельностью в учебных заведениях / Н. В. Третьякова // Педагогический журнал Башкортостана. 2012. № 1 (38). С. 108–115.

129. *Тюмасева З. И.* Валеология и образование / З. И. Тюмасева, Б. Ф. Кваша. Санкт-Петербург: МАНЭБ, 2002. 380 с.

130. *Узнадзе Д. Н.* Психология установки / Д. Н. Узнадзе. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 416 с.

131. *Уманский Л. И.* Личность. Организаторская деятельность. Коллектив: избранные труды / Л. И. Уманский. Кострома: Изд-во Костром. гос. ун-та им. Н. А. Некрасова, 2001. 208 с.

132. *Уманский Л. И.* Развитие группы как коллектива / Л. И. Уманский // Коллектив и личность / А. А. Бодалев [и др.]. Москва: Наука, 1975. С. 77–87.

133. *Управление качеством образования: практико-ориентированная монография и методическое пособие* / под ред. М. М. Поташника. Москва: Педагогическое общество России, 2000. 448 с.

134. *Ухтомский А. А.* Физиологический покой и лабильность как биологические факторы: лекции по физиологии нервной системы / А. А. Ухтомский. Ленинград: Наука, 1966. 273 с.

135. *Файоль А.* Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор. Москва: Республика, 1992. 167 с.

136. *Фалмер Р. М.* Энциклопедия современного управления: в 5 томах / Р. М. Фалмер. Москва: Финансы и статистика, 2005. Т. 2: Организация как функция управления. 142 с.

137. *Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rospotrebnadzor.ru>.

138. *Федоров В. А.* Качество профессионально-педагогического образования / В. А. Федоров // Образование и наука. 1999. № 2 (2). С. 189–198.

139. *Федоров В. А.* Педагогические технологии управления качеством профессионального образования / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова. Москва: Академия, 2008. 226 с.

140. *Федоров В. А.* Профессионально-педагогическое образование: теория, эмпирика, практика / В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. проф.-пед. ун-та, 2001. 330 с.

141. *Философия здоровья* / отв. ред. А. Т. Шаталов. Москва: Изд-во РАН, 2001. 352 с.

142. *Философский словарь* / под ред. И. Г. Фролова. 7-е изд. Москва: Республика, 2001. 720 с.

143. *Франкл В.* Человек в поисках смысла / В. Франкл. Москва: Прогресс, 1990. 366 с.

144. *Фромм Э.* Здоровое общество / Э. Фромм; пер. с англ. Т. В. Банкетовой, С. В. Карпушиной. Москва: АСТ, 2011. 446 с.

145. *Хруцкий К. С.* Аксиологический подход в современной валеологии: диссертация ... кандидата философских наук / К. С. Хруцкий. Новгород, 2000. 183 с.
146. *Шадрин А. Д.* Качество как степень / А. Д. Шадрин // Методы менеджмента качества. 2002. № 8. С. 47–48.
147. *Шамова Т. И.* Менеджмент в управлении школой / Т. И. Шамова. Москва: АСТ-Пресс, 1992. 218 с.
148. *Шамова Т. И.* Управление образовательным процессом в адаптивной школе / Т. И. Шамова, Т. М. Давыденко. Москва: Педагогический поиск, 2001. 384 с.
149. *Шапоренкова Г. А.* Интегративно-целевое управление качеством образования: диссертация ... доктора педагогических наук / Г. А. Шапоренкова. Челябинск, 2010. 410 с.
150. *Шестаков А. Л.* Назначение СМК и ее процессов / А. Л. Шестаков // Методы менеджмента качества. 2010. № 1. С. 10–13.
151. *Шишов С. Е.* Качество образования как объект мониторинга в информационном обществе / С. Е. Шишов // Образование и наука. 2008. № 5 (53). С. 33–44.
152. *Школы здоровья России (концепция, планирование и развитие)* / В. Р. Кучма [и др.]. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2009. 128 с.
153. *Щедрина А. Г.* Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А. Г. Щедрина. Новосибирск: Изд-во Сиб. отд. РАМН, 2003. 164 с.
154. *Юдин Б. Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б. Г. Юдин // Философия здоровья / отв. ред. А. Т. Шаталов. Москва: Изд-во ИФ РАН, 2001. С. 61–85.
155. *Ясвин В. А.* Образовательная среда от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. Москва: Смысл, 2001. 365 с.
156. *Ajzen I.* The theory of planned behavior [Electronic resource] / I. Ajzen // Organizational Behavior and Human Decision Processes. Access mode: <http://academic.research.microsoft.com/Publication/1394146/the-theory-of-planned-behavior>.
157. *Bandura A.* Self-efficacy: the exercise of control / A. Bandura. New York: W. H. Freeman, 1997. 604 p.
158. *European report on the quality of school education. Sixteen quality indicators.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001. 82 p.

159. *Herzberg F.* One more time: How do you motivate employees? / F. Herzberg // Harvard Business Review. 1987. Vol. 65 (5). P. 109–120.

160. *Huitt W.* Social Learning Perspective [Electronic resource] / W. Huitt, D. Monetti // International Encyclopedia of the Social Sciences. Farmington Hills, MI. Access mode: <http://www.edpsycinteractive.org/papers/soclrnpers.pdf>.

161. *Lenio J.* Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change [Electronic resource] / J. Lenio // Journal of Student Research. Access mode: <http://www2.uwstout.edu/content/rs/2006/14Lenio.pdf>.

162. *Leventhal H.* The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal // The self-regulation of health and illness behavior / L. Cameron (Eds.). London; New York: Routledge, 2003. P. 42–65.

163. *McCormick M.* Extending Self-Efficacy Theory to Leadership: A Review and Empirical Test [Electronic resource] / M. McCormick, J. Tanguma, A. Lopez-Forment // Journal of Leadership Education. Access mode: http://www.leadershipeducators.org/Resources/Documents/jole/2002_winter/JOLE_1_2_McCormick_Tanguma_Lopez-Forment.pdf.

164. *Moss-Morris R.* The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) / R. Moss-Morris [et al.] // Psychology and Health. 2002. Vol. 17. P. 1–16.

165. *Prochaska J.* The Transtheoretical model of health behavior change / J. Prochaska, W. Velicer // American Journal of Health Promotion. 1997. No. 12 (1). P. 38–48.

166. *Promoting* nutrition and physical activity through social marketing [Electronic resource] / prepared by R. Alcalay, R. A. Bell; Univ. of California. Access mode: <http://c.visitsteve.com/wp-content/uploads/sites/3/2013/02/ALCALAYBELL.PDF>.

167. *Rokeach M.* The nature of human values / M. Rokeach. New York: Free Press, 1973. 438 p.

168. *Rosenstock I. M.* Social learning Theory and the Health Belief Model / I. M. Rosenstock, V. J. Strecher, M. H. Becker // Health education quarterly. 1988. Vol. 15 (2). P. 175–183.

169. *Stokols D.* Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion / D. Stokols // American Journal of Health Promotion. 1996. Vol. 10 (4). P. 282–298.

170. *Zuckerman M.* Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale / M. Zuckerman. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1979. 464 p.

Научное издание

Третьякова Наталия Владимировна
Федоров Владимир Анатольевич

КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ:
ТЕОРИЯ И ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Монография

Редактор О. Е. Мелкозерова
Компьютерная верстка А. В. Кебель

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета университета

Подписано в печать 04.12.14. Формат 60×84/16. Бумага для множ. аппаратов.
Печать плоская. Усл. печ. л. 12,5. Уч.-изд. л. 13,0. Тираж 500 экз. Заказ № ____.
Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета. Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.
